Rok XXXVIII. Kraków, 25 Listopada 1899. Nr. 47.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Listopada 1899. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

O przypadku zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae*) z miażdżycą (*sclerosis*) naczyniówki.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent.

Na posiedzeniu Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1895 omawiał Fuchs szczególną postać zapalenia siatkówki i naczyniówki, którą nazwał *retinitis gyrata*. Z czterech przypadków tej choroby, spostrzeganych przez Fuchsa, trzy opisał Cutler [1]), a czwarty Fuchs [2]), zmieniając nazwę cierpienia na zanik okrężny naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae*).

Piąty podobny przypadek, a chronologicznie biorąc pierwszy, opisał Jacobsohn [3]) pod nazwą nietypowego zaniku barwikowego siatkówki. Fuchs zalicza ten przypadek również do tej samej gromady; szósty przypadek świeżo ogłosił Hansel [4]).

Nasz przypadek n. o. jako 7-my w znanej mi literaturze o ile z jednej strony odpowiada postaci chorobowej, określonej j. w. przez Fuchsa, to z drugiej znowu strony jest bardzo podobny do przypadku, ogłoszonego przez Lewinsohna pod tytułem: „Ueber Sclerose der Aderhaut mit secundärer Netzhautdegeneration [5]).

Holak Józef, lat 23, zarobnik z Chodorowa, zgłosił się do kliniki dnia 8-go maja b. r.

Wywiady: Rodzice nie spokrewneni między sobą. Ojciec zdrów, widzi dobrze. Matka umarła w połogu, widziała dobrze. Rodzeństwa było dziesięcioro, z tych 4-ro żyje, są zdrowi i, oprócz naszego chorego, widzą dobrze; 6 cioro umarło. Jako 8-mioletni chłopiec, chorował Holak przez parę tygodni wraz ze swoim starszym bratem, przyczem obaj byli spuchnięci na twarzy tak, że oczów nie było widać. Starszy brat umarł, nasz zaś chory wyzdrowiał, ale po tej chorobie już nie widział dobrze, a szczególniej wieczorami. Przed 4-ma laty przechodził jakąś chorobę, która trwała dwa tygodnie i wśród której przez 3 dni był nieprzytomny. Wzrok po tej chorobie nie pogorszył się. W 21 r. życia, gdy szedł pierwszy raz do wojska, jeszcze widział w dzień dobrze, również gdy 2-gi raz stanął do wojska; dopiero na wiosnę zeszłego roku zaczął i w dzień gorzej widzieć. Od 4-rech miesięcy spostrzega znaczniejsze pogorszenie wzroku. Kiły nie przebywał, napojów wyskokowych i tytoniu nie nadużywa.

Stan obecny. Wzrost mały, budowa silna, odżywienie dobre, ciemny szatyn. Oprócz zołzów i zagęszczenia szczytu prawego, zboczeń w narządach wewnętrznych nie okazuje. Miażdżycy naczyń nie ma. Podczas pobytu w klinice doświadczał często bólów głowy z równoczesnem uczuciem znużenia. Umysłowo rozwinięty słabo, jąka się nieco. Spojówki i rogówki prawidłowe. Źrenice 4·50 mm. szerokie, na światło nieco leniwiej oddziałują. Tęczówki piwne.

Wziernik. Oko pr.: Środki łamiące światło czyste. Tarcza szaro-różowa, w całości nieco bledsza. Granice brzegów tarczy dobrze odgraniczone. Żyły nieco, tętnice zaś wybitnie, cieńsze. Po obu stronach tętnic na tarczy szare obwódki (*art. temp. sup.*, *art. nasal. sup.*, *art. temp. inf.*). Na tętnicy skroniowej dolnej obwódki szare przechodzą poza tarczę na szerokość pół tarczy. Żyły wolne, tylko tam, gdzie tęt. skroniowa górna krzyżuje się z żyłą skroniową górną, od zewnątrz przechodzi na nią z tętnicy obwódka szara na długość $1^1/_2$ mm. (w obrazie prostym). Całe dno można podzielić na 3 pasy pierścieniowate. Wokoło tarczy pas zupełnie zanikłej naczyniówki, szeroki na $1-1^1/_2$ tarczy, dalej pas 2—3 tarczy szeroki, naczyniówki sklerotycznej, a resztę dna stanowi 3-ci pas. Ostrej granicy między tymi pasami niema.

W pasie pierwszym zupełnie nie widać naczyń naczyniówki, tylko tu i owdzie niewyraźny rysunek białych linij po dawnych naczyniach naczyniówki, na tle białem, na ciemno ubarwionem (pigmentowanem).

Pas drugi wogóle ciemniejszy od pierwszego, z odcieniem czerwonym. Tu na tle ciemno ubarwionem widać białe pasy szerokie, biegnące przeważnie prostolinijnie i łączące się ze sobą w słabo zagiętych łukach. Miejscami w pasach tych widać bardzo cieńki, blady słup krwi, gdzieniegdzie poprzerywany. Miejscami tylko z jednej strony naczynia widoczną jest biała obwódka. Miażdżycowe te zmiany naczyń naczyniówki są najwybitniejsze górą od wewnątrz, w odcinku zaś górno-zewnętrznym naczynia naczyniówki są tylko nieco bledsze i o więcej prostolinijnym przebiegu. Okolica plamki żółtej jest najwięcej różową, tło jest tutaj bardzo ciemne, naczyń nie widać, wogóle wygląda najwięcej prawidłowo. Górą od wewnątrz widać w tym 2-gim pasie parę plamek drobnych, czarnych, pokrywających naczynia siatkówki.

W 3-cim pasie, aż do samego obwodu, występują na pierwszy plan wysepki, przeważnie trójkątne lub też nieregularne, o wklęsłych brzegach, połączone ze sobą nitkami tak, że powstaje pajączynowato rozpięta siatka, o okach tworzących odcinki kół. Budowa tych wysepek, jak i łączących je nitek, jest niewyraźnie drobnoziarnista, barwa ciemno-ceglasta. Odgraniczenie wysepek i nitek jest przeważnie wyraźne, nad niemi biegną naczynia siatkówkowe, pod niemi przeświecają miejscami naczynia naczyniówki. Obok tego w pasie tym spotykamy nieliczne złogi barwikowe.

Oko lewe: Zmiany podobne, tylko w niższym stopniu,

Środki łamiące czyste. Tarcza o odcieniu brudno rożowym i brzegach dobrze odgraniczonych. *Chorioiditis peripherica ad papillam*. Tętnice blade, może nieco cieńsze, koło tętn. skroniowej górnej, po obu stronach, szare obwódki na tarczy, a po jednej stronie obwódka szara przechodzi nieco i poza tarczę. Pas zanikłej naczyniówki na 2—4 tarczy szeroki, ciemno-brunatno ubarwiony, w wewnętrznym odcinku jego widać jeszcze kilka naczyń naczyniówki, cienkich i bladych. W pasie drugim obwódki białe koło słupa krwi, nie tak wybitne i nie tak rozległe, najwybitniejsze jeszcze po stronie wewnętrznej. Obok tego nieliczne białe punkta wielkości maku. W zewnętrznym odcinku tego pasa naczynia naczyniówki otoczone czarnemi liniami. Na obwodzie górą od zewnątrz

[1]) Dr. Colman W. Cutler: Drei ungewöhnliche Fälle von Retino-Chorioideal-Degeneration (*Arch. f. Augenhlk.* T. XXX. str. 117.).

[2]) Prof. Dr. Ernst Fuchs: Ueber zwei der Retinitis pigmentosa verwandte Kranheiten (Retinitis punctata albescens und atrophia gyrata chorioideae et retinae) (*Arch. f. Augenhlk.* T. XXXII. str. 111).

[3]) *Klin. Monatsblätter f. Augenhlk.* 1888. str. 202.

[4]) *The ophalmic Record. May* 1899 Nr. 5.

[5]) Arch. f. Augenhlk. T. XXXVIII, Z. 3.

plama stalowo biała w naczyniówce, wielkości tarczy, ściśle odgraniczona, bez barwikowych złogów. Na obwodzie zewnętrznym złogi barwikowe w naczyniówce. Siateczka wyżej wspomniana w 3-cim pasie mniej wyraźna, za to występują znacznie wyraźniej wysepki, wielkością sięgające blizko rozmiarów tarczy, utrzymanego przybłonka siatkówki, o brzegach ostro odgraniczonych, bez cechy wklęsłych brzegów. Barwika na naczyniach siatkówkowych nigdzie nie widać.

V. Pr. o. $^5/_{50}-_{30}$ $^5/_{15}-_{10}$ c — 1·5
l. o. $^5/_{15}$ $(-_2)$ $^5/_{15}-_{10}$ c — $2_{,0}$

Fotometr Förstera = 112 mm.^{2} ($^1/_{56}$).

Pole widzenia ścieśnione, z wycinkami, jak w zaniku tarczy n. wzrokowego, z ubytkiem (*scotoma*) pierścieniowatym pomiędzy c. 20 do c. 60°. Granice tak ubytku pierścieniowatego, jako też i stopnia ścieśnienia oznaczyć pewnie się nie dają, bądź wskutek małej inteligencyi, bądź też głównie z powodu tego, że ubytek w polu widzenia nie jest absolutnym; chory widzi znaczek biały, tylko ciemniej w tem miejscu. Poczucie barw, oznaczone włóczkami Holmgrena:

Oko pr. czerwona = szara, cisawa, brązową.
zielona = niebieska, szara;
fiołkowa = szara, cisawa, brązowa;
Oko l. czerwona = niebieska, szara, zielona;
zielona = fiołkowa, szara, czerwona;
fiołkowa = niebieska.

Wogóle chory kieruje się tylko nasileniem barw i do koloru jasnego dobiera same jasne różnych barw, do ciemnego znów ciemne różnych barw. Temu też odpowiadają pojęcia, jakie chory sobie wytworzył o barwach. I tak barwę fiołkową nazywa czarną, niebieską szarą, jasno-różową białą itd.

Chory leżał w klinice do dnia 21/VII. 1899. Leczony był ciemnicą i KJ. Dno oka przez ten czas nie zmieniło się widocznie. Co do poprawy podmiotowej, to bystrość wzroku środkowa i obwodowa poprawiła się nieco, czucie światła również nieco się poprawiło.

2/VII. fotometr Förstera = 60 mm.^{2} ($^1/_{30}$).

18/VII. V. Oko pr. $^5/_{20}$ $(-_1)$ $^5/_{10}$ c — 1,5
Oko l. $^5/_{45}$ $^5/_{10}$ (nc) c — 2

19/VII. Pole widzenia od wewnątrz obustronnie nieco ścieśnione, w środkowym pasie pola widzenia c 20 — c. 60°, chory widzi barwę białą mniej wyraźnie, t. j. ciemniej. Granic wogóle, jak dawniej, oznaczyć dokładnie nie można. Całkiem wyraźnie widzi chory właściwie tylko do 20°, jednak i na samym obwodzie pewnie i stale wskazuje palcem znaczek biały.

Obraz chorobowy w całości krótko skreślony, przedstawia;

1) Obraz poczynającego się zaniku tarczy n. wzrokowego i siatkówki. (Tarcze nieco bledsze, lekkie zwężenie światła naczyń, obok tego na prawem oku parę plamek barwikowych w siatkówce). Obrazowi wziernikowemu odpowiadają kliniczne objawy kurzej ślepoty, zmniejszenia środkowej i obwodowej bystrości wzroku, ślepoty dla barw i zmniejszenia poczucia światła.

2) Obraz miażdżycy naczyniówki, która tuż w około tarczy doprowadziła do zupełnego zaniku naczyniówki, dalej zaś tworzy pierścień na 2—3 tarczy szeroki, w którym naczynia są zwężone przez ich zgrubiałe ściany, przedstawiające się jako białe obwódki koło słupa krwi, a miejscami przychodzi nawet do zupełnego zaniku światła naczyń, tak, że naczynia przedstawiają się, jako lite białe pasy.

3) Obraz zaniku przybłonka siatkówkowego, którego pozostałe resztki tworzą wysepki, połączone ze sobą nitkami tak, że przychodzi do wytworzenia siatki rozpiętej między naczyniami siatkówkowemi, a naczyniówkowemi.

ad. 1) Co się tyczy rozpoznania poczynającego się zaniku tarczy n. wzrokowego i siatkówki, to choć objawy przedmiotowe są mało wybitne, przecież objawy podmiotowe rozpoznanie nasze zupełnie usprawiedliwiają.

ad. 2) Przypadek nasz byłby zupełnie podobnym do przypadku Lewinsohna, gdyby nie obraz zaniku okrężnego siatkówki i naczyniówki. Szare obwódki koło naczyń uważam za łącznotkankowe błony, nie za miażdżycę ich. Chory nasz jest młodym (23 l.), chory zaś Lewinsohna liczył lat 60.

ad. 3) Pozostaje do omówienia obraz zaniku okrężnego siatkówki i naczyniówki. Fuchs uważa tę chorobę, jako szczególniejszą postać zaniku barwikowego siatkówki, z którą ma tę samą etyologię i te same podmiotowe objawy. Obraz zaś wziernikowy okazuje obok obrazu zaniku tarczy n. wzrokowego i siatkówki, właściwy obraz zaniku naczyniówki. „Dieselbe entsteht zuerst an einzelnen Stellen in Form runder, scharf umschriebener, heller Flecken, welche sich stets vergrössern, bis sie endlich zusammenstossen. Sie verschmelzen dann entweder vollkommen oder bleiben getrennt durch schmale Streifen normal pigmentirten Augenhintergrundes. Im Bereiche der atrophischen Stellen sieht man auf weissem Grunde einzelne Aderhautgefässe, sowie Pigmentflecken, die Atrophie betrifft also sowohl das Pigmentepithel als auch das Stroma der Aderhaut". Temu obrazowi chorobowemu, jak go opisał Fuchs, odpowiada nasz przypadek w ogólności. Resztki utrzymanego prawidłowego dna oka widać tu w kształcie małych wysepek, jak na tabl. A. fig. 2. *Arch. f. Augenhlk. XXXII.* Od obrazu na tabl. III. *Arch. f. Augenhlk. XXX.* różnią się wysepki te tem tylko, że są znacznie mniejsze. W moim przypadku plamy barwikowe w naczyniówce są w mniejszej ilości, tylko poczynający się zanik tarczy n. wzrok., zato wybitna miażdżyca naczyniówki. Co się tyczy przebiegu sprawy chorobowej, to niema w naszym przypadku pokrewieństwa między rodzicami chorego, ani dziedziczności. Powstanie jednak choroby w młodym wieku odpowiada zanikowi okrężnemu. Zwracam uwagę na ślepotę barw i na nizki stopień krótkowzroczności (myopii) (—2 D) naszego chorego, podczas gdy dotychczas ogłoszone przypadki dotyczyły wysokiego i średniego stopnia krótkowzroczności. W przypadku Fuchsa I. M.—18 D pr. o. M.—20 D l. o. i *staphyloma post.*, w III. przypadku M.—10 D l. o., w IV. przypadku M.—6 D, *ptosis congenita* i resztki *arteria hyaloidea,* w przypadku Jacobsohna M—$^1/_5$ obustronnie. Przypadki te były powikłane ze znaczną krótkowzrocznością, a plamy białe zanikowe naczyniówki odnoszę w znacznej mierze do tej krótkowzroczności. Obok tego w przypadku IV. Fuchsa muszę uważać oczy za nieprawidłowo rozwinięte, a również i w przypadku III. tarcza n. wzrok. nie jest prawidłowo wykształconą.

Przypadek mój tłómaczę w myśl wywodów Fuchsa i Lewinsohna. Sprawę miażdżycową naczyniówki uważam jako chorobę pierwotną, która doprowadziła do zupełnego zaniku naczyniówki w miejscu, gdzie się najprzód rozpoczęła, tj. w okolicy tarczy n. wzrok., w następstwie doprowadziła do zaniku przybłonka siatkówkowego, dając obraz tzw. zaniku okrężnego *(atrophia gyrata chorioideae et retinae),* a wreszcie do zaniku tarczy n. wzrok. i siatkówki.

Przebieg choroby przewlekły; podczas $2^1/_2$ miesięcznego pobytu w klinice obraz wziernikowy nie uległ żadnym widocznym zmianom, również i stan podmiotowy prawie że się nie zmienił.

Sądzę, że sprawa chorobowa bardzo wolno postępując naprzód, doprowadzi do zupełnego zaniku siatkówki, do zupełnej ślepoty.

Chory mieszka niedaleko od Lwowa; spodziewam się, że będę mógł obserwować przebieg dalszy choroby i nie omieszkam później opisu tego uzupełnić.

Prof. Dr. Machekowi za odstąpienie mi tak pięknego przypadku do publikacyi składam serdeczne podziękowanie.

II. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał
Dr. Walenty Jeż
Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Ciąg dalszy).

Z innych mniej ważnych objawów wymienić należy krwotoki nosowe, które szczególnie w okresie zwiastunowym dosyć często się pojawiają i w ogóle o wiele częściej bywają spostrzegane w durze brzusznym, aniżeli w innych chorobach. Ilość krwi jest zazwyczaj nieznaczna a chorzy po krwotokach czują się zazwyczaj lepiej. Nadto krwotoki nosowe pojawić się mogą i w innych okresach choroby, a w takich razach są one wyrazem rozkładu *(dissolutio)* krwi i ze względu na rokowanie niepomyślnie wróżą. Wogóle krwotoki nosowe, jeżeli nie są zbyt obfite i nie występują jako wyraz rozkładu krwi, są objawem pomyślnie rokować pozwalającym i spodziewać się każą, że w takich przypadkach do krwotoków jelitowych nie przyjdzie.

Wątroba należy również do narządów, które, skutkiem dostawania się do nich prątków durowych, ulegać mogą pewnym zmianom I tak często dosyć widzieć możemy wątrobę powiększoną, przy obmacywaniu miernie bolesną. Rzadziej spotykamy ropnie wątrobowe lub ostry jej zanik. Także woreczek żółciowy i przewody żółciowe uledz mogą rozmaitym sprawom zapalnym, których przyczyną, jakto Chiari wykazał, są zawsze prątki durowe, a i kamyki żółciowe, choć bardzo rzadko, mogą być wywołane obecnością prątków w pęcherzyku żółciowym.

Wzdęcie brzucha bardzo często spotykamy w durze brzusznym, a nieraz już w okresie początkowym jest ono nadzwyczaj wybitne. Jest ono wynikiem ogólnego zakażenia i polega najprawdopodobniej na porażeniu ściany jelit przez jady durowe. Wzdęcie brzucha niekoniecznie musi się rozprzestrzeniać na cały brzuch w jednakowym stopniu, przeciwnie, jedne okolice są mniej, drugie zaś więcej przez nie zajęte. Znaczne zdęcie brzucha, występujące przy odpowiedniej opiece i dyecie, stanowi bardzo niepomyślny objaw i wskazuje na nader złośliwy przebieg i silne zatrucie ustroju.

Pojawienie się opryszczków wargowych (*herpes labialis)* należy do wyjątkowych przypadków i przemawia raczej przeciwko durowi brzusznemu.

Prócz objawów wyżej wymienionych, w rozpoznaniu duru brzusznego nie małą mogą odgrywać rolę pewne powikłania lub choroby następowe. Dlatego też poznanie ich jest rzeczą ważną i przytaczam je kolejno według narządów.

Skóra. Ropnie i czyraki, które w durze brzusznym pojawić się mogą, nie należą do lekkich powikłań, albowiem występują one w przypadkach ciężkich. Spotykać je możemy jako ogniska pojedyncze lub rozsiane w licznych narządach. Pojedyncze ogniska ropne spotykamy na tych miejscach skóry, które są wystawione na ucisk, a więc najczęściej na pośladkach, grzbiecie i łydkach; drążą one w głąb tkanek, tworząc naokoło obrzęki zapalne. Odleżyny, których się przedtem tak bardzo w durze brzusznym obawiano, należą dzisiaj do rzadkich powikłań i przy troskliwej opiece łatwo uniknąć się dają, a przyłączają się do choroby już w późnym okresie i łatwo przy odpowiedniem leczeniu znikają. Róża i zapalenie tkanki podskórnej nie należą do powikłań duru, ale raczej powstać one mogą przypadkowo, przez skaleczenie skóry i następowe zanieczyszczenie otwartej rany. Natomiast wypadanie włosów możemy dosyć często spostrzegać w durze; rozpoczyna się ono w trzecim tygodniu choroby, a wystąpić jeszcze może i w czasie, kiedy pacyenci oddają się już dłuższy czas swemu zatrudnieniu. Włosy wypadają przeważnie na głowie, podczas gdy na innych miejscach prawie nigdy nie wypadają; na szczęście ponowny porost na głowie zawsze następuje.

Narząd krążenia: Ze zmian chorobowych, które w tym narządzie w przebiegu duru pojawić się mogą, są: zapalenie osierdzia, które zazwyczaj przebiega, jako zapalenie osierdzia suche, choć i zapalenia wysiękowe, nawet z wysiękiem krwawym, znane są w literaturze. Dalej spotkać możemy zapalenia śródsierdzia z umiejscowieniem na zastawce dwudzielnej i na zastawkach tętnicy głównej. Zmiany te należą jednak do mniej ważnych, bardzo rzadko bywają za życia rozpoznane i tylko przy sekcyi najczęściej zostają wykryte.

Ważniejsze przewikłanie duru stanowi zapalenie mięśnia sercowego. Przyczyny wywołujące są tu wielorakie; z jednej strony gorączka, podupadłe odżywienie, swoiste działanie jadów durowych, jak nie mniej zmiany w naczyniach krwionośnych mięśnia są czynnikami ważnymi w powstawaniu zapaleń mięśnia sercowego. Zmiany te mięśnia nie są obojętne dla ustroju; siła mięśnia staje się skutkiem tego mniejszą, przychodzi do powstania rozstrzeni serca, do tworzenia się zastojów, zakrzepów i t. d.; wytwarzają się następowe zmiany, które bezpośrednio zagrażać mogą życiu chorego, lub też w szczęśliwym przebiegu pozostawiają ślady na całe jego życie.

Z naczyń krwionośnych znajdujemy szczególnie w żyłach dość często powikłania. Tętnice natomiast rzadziej są dotknięte zmianami chorobowemi. a wspomnieć tu wypada o zapaleniu tętnic swoistem (*Arterite typhoidique* autorów francuskich), które jest prawdodobnie przyczyną zgorzeli kończyn w przebiegu duru, na szczęście rzadko się wydarzających. W żyłach, w okresie ozdrowienia, przychodzi do wytworzenia się zakrzepów schyłkowych. Szczególnie żyły kończyn dolnych *(v. v. cruralis, saphena, poplitea)* często są tem cierpieniem dotknięte. U mężczyzn powikłania te spotykamy częściej, aniżeli u kobiet, a częstość ich zależy w znacznej części od charakteru epidemii.

Narząd oddechowy. Nieżyty nosa i krtani należą do rzadkich zjawisk w durze i nie mają większego znaczenia. Natomiast wrzody w krtani powstają pod rozmaitemi postaciami i stanowią bardzo poważne powikłanie duru. Występują one albo pod postacią ognisk ropnych w tkance podśluzowej albo dają obraz zapalenia dławcowego, błoniczego, lub też przybierają cechy nacieczenia miąższowego *(laryngitis typhosa)*. Wrzody w krtani przebiegają w rozmaity sposób: czasami nie wywołują żadnych dolegliwości i objawów, lub tylko zdradzają się lekką chrypką; to znów przebiegają ostro, dając powód do ostrego obrzęku głośni, który bezpośrednio może być przyczyną zejścia śmiertelnego. Wrzody w krtani drążą w głąb, zajmując chrząstki krtaniowe i powodując ich zanik, — w szczęśliwym przebiegu dają więc łatwo powód do chronicznych zapaleń krtani.

Prócz poprzednio opisanego opadowego zapalenia płuc, może w przebiegu duru wystąpić zapalenie płuc dławcowe, które zresztą należy do dość częstych powikłań. Rozwinąć się ono może w każdym okresie duru. Mam tu na myśli zapalenie durowe płuc, którego przyczyną jest przeważnie prątek Fraenkel-Weichselbauma, pomijając zapalenie płuc, które występuje w pierwszych dniach choroby, jest niejako pierwszym objawem duru i stanowi panujący objaw, a które prawdopodobnie jest wywołane przez prątek Ebertha *(pneumotyphus)*. Zapalenie płuc ujawnia się i tutaj dreszczami i podniesieniem ciepłoty ciała. Później dołączają się inne objawy, cechujące dla zapalenia płuc — w regule

jednak brakuje kłócia w boku i rdzawych plwocin. Prócz prątka Fraenkel-Weichselbauma mogą inne bakterye (gronkowce, łańcuszkowce) być powodem zapalenia płuc; a zapalenia wogóle w przebiegu duru cechują się nadzwyczaj przewlekłym przebiegiem.

Zawały krwotoczne w płucach *(infarctus haemorrhag.)* są zazwyczaj wywołane przez schyłkowe zakrzepy serca prawego lub żył, leżą zazwyczaj powierzchownie i dają powód do powstania zapalenia opłucnej. Gdy do zawałów krwotocznych znajdą dostęp bakterye ropotwórcze, powstają ropnie w płucach, które mogą być następstwem zapalenia płuc, lub też następstwem ogólnej ropnicy.

Zgorzel płuc należy do nader rzadkich powikłań duru i jest albo następstwem zapalenia płuc, lub też powstać może przez dostanie się różnych substancyj gnijących, zakaźnych, (ropne zapalenie migdałków, wrzody krtaniowe dają do tego dostateczny materyał).

Do rzadkich powikłań duru zaliczamy zapalenie opłucnej, w którem wypocina może być rozmaitej przyrody, surowiczej, ropnej, a nawet i krwawej.

Gruźlicę płuc, która wśród przebiegu duru brzusznego, lub po jego przebyciu, w rozmaitych postaciach (jako gruźlica prosówkowa, gruźlica ostra lub podostra), występować może, równie dobrze zaliczyć możemy do powikłań, jako też i do chorób następowych; w każdym razie idzie o sprawę chorobową swoistą, która się już w ustroju przedtem toczyła, lub o gruźlicę ukrytą, która się wśród duru lub po nim ujawniła.

W przewodzie pokarmowym wystąpić mogą najważniejsze powikłania, które i dla rozpoznania choroby mają niepomierne znaczenie; do tych powikłań zaliczyć przedewszystkiem musimy krwotoki kiszkowe, których pojawienie się w przypadkach wątpliwych rozstrzyga rozpoznanie. Krwotoki kiszkowe w durze brzusznym występować mogą pod dwiema postaciami: jedne są wyrazem znacznego przekrwienia błony śluzowej jelit, drugie zaś są następstwem miejscowego zajęcia jelit przez sprawę chorobową. Pierwsze nie mają większego znaczenia, są zazwyczaj skąpe, przechodzą bez żadnych prawie objawów i należą do zjawisk dość rzadkich, drugie wydarzają się częściej i powstają skutkiem nadżarcia i otwarcia ściany naczynia przy oddzielaniu się strupów pokrywających wrzody durowe jelit, a więc w czasie oczyszczania się wrzodów. Jako zaś przyczyny, sprzyjające powstawaniu krwotoków, wymienić należy niespokojne zachowanie się chorych, nieodpowiednią dyetę i wczesne opuszczenie łóżka przez uzdrowieńców. — Łatwo tedy zrozumieć dlaczego w postaciach duru nieobłożnego (*typhus ambulatorius)* tak często krwotoki się wydarzają. Odpowiednio do przyczyny, z jakiej te krwotoki powstają, czas, w jakim one najczęściej się zdarzają, odpowiada końcowi drugiego tygodnia lub początkowi tygodnia trzeciego, rzadziej później. Odpowiednio do głębokości i usadowienia się wrzodu zostają nadżarte mniejsze lub większe naczynia, a ztąd odpowiedni temu krwotok. Ilość też krwi może być rozmaita, od kilku kropli do kilku litrów. Stosownie do ilości krwi wejrzenie stolców przedstawiać będzie rozmaite własności. I tak, małe ilości wylanej krwi zabarwiają stolce na czerwono-żółto, lub szaro-czerwono. Przy obfitych krwotokach stolce są płynne, ciemno-szaro lub czarno zabarwione, smołowate, z odcieniem zielonkowatym. Własności te przybierają stolce wtedy, jeżeli krew nieodrazu zostaje z jelit wydalona, gdyż w przeciwnym razie stolce przybierają więcej własności krwi płynnej.

Klinicznie rzecz biorąc, krwotoki przebiegać mogą skrycie, lub też dają szereg objawów, wskazujących na ich obecność. Nader obfite krwawienia są dla chorego wprost niebezpieczne i w przeciągu bardzo krótkiego czasu nastąpić może zejście śmiertelne. Krwotoki małe nie dają żadnych wybitnych objawów i tylko przypadkiem znajdujemy w stolcach małe domieszki krwi. Mierne krwawienia zmieniają bardzo obraz chorobowy. Chorzy nagle bledną, rysy twarzy zapadają się, tętno staje się przyspieszone, małe, a ciepłota ciała opada poniżej prawidłowej. Niektórzy chorzy skarżą się na dreszcze i uczucie zimna, przyczem szczególnie kończyny są zimne. Opadnięcie ciepłoty ciała poniżej prawidłowej, obok przyśpieszenia znacznego tętna, jest bardzo ważnym objawem krwotoków kiszkowych. Często obok tego napotykamy brzuch wzdęty, przy obmacywaniu miejscami oporniejszy i przy wypuku na tychże miejscach odgłos stłumiony, pochodzący od krwi, wypełniającej jelito; oto objawy. z których napewno rozpoznać możemy krwotoki kiszkowe, Krwotoki jelitowe mogą się powtarzać, a znane są epidemie duru, które się szczególnie cechują obfitymi i częstymi krwotokami.

Zapalenie otrzewnej występuje w durze brzusznym pod dwiema postaciami, jako zapalenie otrzewnej miejscowe, lub też zapalenie rozlane. Przyczynę do tego powikłania dają nie tylko sprawy miejscowe durowe, a więc wrzody drążące aż do otrzewnej, ale i drobnoustroje, które przez schorzałą ścianę jelita do jamy brzusznej łatwo dostać się mogą; dalej zapalenie otrzewnej powstać może skutkiem pęknięcia śledziony i gruczołów krezkowych, przebicia woreczka żółciowego lub ropni wątrobowych. Często dosyć się zdarza, że chorzy, dotknięci lekkim durem, nagle giną wśród objawów zapalenia otrzewnej, które zazwyczaj powstaje w takich razach wskutek przedziurawienia jelita.

Przebicie jelit następuje w miejscu usadowienia się wrzodu, ztąd też najczęściej spotykamy je w jelicie biodrowem (ileum), w bliskości kiszki ślepej. Zazwyczaj przebicie znachodzimy tylko w jednem miejscu jelita, choć kilka i kilkanaście przebić również już stwierdzono. Przebicie nastąpić może w każdym okresie choroby, najczęściej jednak w 3 i 4 jej tygodniu. Przyczyna przebicia jelit leży wprost w wrzodach durowych, które okazują skłonność drążenia w głąb aż do błony surowiczej. Znaczne wzdęcie brzucha, forsowne oddawanie stolca, kaszel, wymioty, nieostrożne ruchy chorego, rozwolnienie, wczesne podawanie pokarmów stałych, oto dalsze przyczyny, ułatwiające powstanie przebicia jelit. Stanowi ono najważniejsze i najniebezpieczniejsze powikłanie duru brzusznego i wydarzyć się może tak dobrze w przypadkach ciężkich, jako też i lekkich. (c. d. n.)

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek rzucawki w połogu *(Eclampsia in puerperio).*

Podał
Dr. M. Ferensiewicz
lekarz okręgowy w Bohorodczanach.

Rzucawka (*eclampsia)* stanowi bezsprzecznie jedną z najcięższych przypadłości, na jakie ustrój kobiecy w czasie czynności rozrodczej narażony być może

Już sama mnogość najrozmaitszych teoryj, usiłujących wytłómaczyć przyczynę rzucawki, świadczy o tem, że sprawa ta jeszcze ciemna i wymaga wiele pracy.

Ponieważ krytyka tych teoryj nie należy do mnie, dlatego ich tutaj nie przytaczam, a pozwolę sobie wymienić najnowsze zapatrywanie S. Flataua w rozprawie: „*Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt*“, w której czytelnik znajdzie wszystkie szczegóły, odnoszące się do tej sprawy. Na podstawie badań lekarzy francuskich, a zwłaszcza teoryj Boucharda o samozatruciu, określa on rzucawkę jako „samozatrucie, występujące podczas czynności rozrodczej, która to czynność ma usposabiać do zaburzeń w przemianie azotu, a jako wyraz tego zaburzenia mają się we krwi znachodzić: kreatyna, kreatynina, leukomainy i globuliny“.

Atoli i to określenie, jako zasadzające się na teoryi, której pewności dotąd nie uznano, zwiększa na razie liczbę teoryj, a nie wyjaśnia, dlaczego akt fizyologiczny właśnie,

jakim jest ciąża, poród i połóg, ma usposabiać do zaburzeń w przemianie materyi.

To też i nadal pozostaje to tylko pewnem, że przy rzucawce w największej liczbie przypadków (84%) znachodzimy białko w moczu i że kobiety, dotknięte sprawami chorobowemi nerek najwięcej narażone są na możebność wystąpienia u nich rzucawki.

Najczęściej występuje rzucawka podczas porodu; poród, przeciągający się z powodu niestosunku porodowego, silne bóle porodowe przez zwrotne zadrażnienie ośrodków nerwowych mają być bodźcem, wywołującym rzucawkę. Według statystyki Schauty jeden przypadek rzucawki przytrafia się na 400 porodów, a na 100 przypadków rzucawki 60 razy występuje ona podczas porodu, 23 razy w ciąży, a 17 razy w połogu, z czego atoli 90% ma być dalszym ciągiem rzucawki porodowej. Wynikałoby z tego, że jeden przypadek rzucawki, występującej w połogu, zdarza się na 25.529 porodów, a więc nadzwyczaj rzadko.

I według innych autorów rzucawka w połogu należy do rzadkości.

Herzfeld[1]), który dopatruje przyczynę rzucawki w ucisku moczowodów przez główkę płodu, z powodu ich wadliwego przebiegu, wywołanego nieprawidłowym podziałem tętnicy brzusznej, wyraża się, że rzucawka w połogu jest: „ausserordentlich selten“ [2]).

Dlatego to pozwalam sobie opisać w krótkości przypadek rzucawki w połogu, jaki miałem sposobności spostrzegać:

N. Z., lat 32, odbyła w dniu 8—II 1897 bez jakichkolwiek zaburzeń poród ósmy. Poród ten miał cechę porodu t. zw. ulicznego. Ciąża przebiegła zupełnie prawidłowo, jak i ciąże poprzednie. W 12 godzin po porodzie położnica ta, czując się zupełnie zdrową, zjadła znaczniejszą ilość mięsa gotowanego, a w trzy godziny później dostała bez jakichkolwiek uprzednich objawów napadu drgawek, które z razu powtarzały się rzadko, a od nocy występowały co ½ godziny. Wezwany do chorej nazajutrz, kiedy drgawki trwały już 15 przeszło godzin, stwierdziłem: osoba dobrze zbudowana, otyła (z rodziny dziedzicznie otyłością obciążonej), nieprzytomna; ciepłota ciała 38·3° C. tętno przyspieszone, dobrze napięte; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego, z części rodnych nieznaczne krwawienie, macica dobrze wyczuwalna nad spojeniem łonowem, — skurczona, na kończynach dolnych mierne żylaki, obrzęków brak: co 15—20 minut dostaje cechującego napadu rzucawki. Według twierdzenia otoczenia chora oddawała w ostatnim czasie mocz zupełnie prawidłowo, a w początku drgawek odchodził bez wiedzy chorej. Wypuszczony cewnikiem mocz w ilości niespełna 100 grm. zawierał dość znaczną ilość białka. Po zastósowaniu upustu krwi, wilgotnych zawijań w koce i podskórnych wstrzykiwaniach morfiny, napady drgawek stawały się coraz rzadsze tak, że około godziny 3 po południu, tj. w 24 godzin po wystąpieniu, zupełnie ustały, chora zapadła w głęboką śpiączkę, z której w nocy na głośne wołania budzić się zaczęła. W dniu następnym stwierdziłem u chorej ciepłotę ciała prawidłową, śpiączkę miernego nasilenia tak, że chora odpowiada, chociaż z wysiłkiem, na pytania; mocz oddaje pod siebie; na kości krzyżowej i obu pośladkach wystąpiła rozległa odleżyna. Czwartego dnia połogu chora zupełnie przytomna; mocz, który zawiera znacznie mniej białka, oddaje prawidłowo, jednak o przebytych przypadłościach zupełnie nic nie pamięta (amnezya), a nawet przeczy, jakoby przebyła ciążę i poród.

Wreszcie dodam, że chora ta zupełnie wyzdrowiała, ślad białka w moczu utrzymywał się jeszcze przez czas trzech tygodni, a z końcem roku zeszłego przebyła po raz dziewiąty ciążę i poród zupełnie prawidłowo.

Wynik badania moczu w tym przypadku utwierdził mnie w rozpoznaniu rzucawki. W pierwszej chwili bowiem sądziłem, iż mam przed sobą ciężki przypadek padaczki, atoli otoczenie chorej kategorycznie zaprzeczyło, jakoby ona, lub ktokolwiek z jej rodziny, padaczką był dotknięty; dlatego pośrednią przyczynę rzucawki w tym przypadku należy przypisać błędowi w dyecie, jaki chora ta, jako położnica, przez spożycie znaczniejszej ilości mięsa w kilkanaście godzin po porodzie, popełniła. Możnaby przypuścić jeszcze, iż drgawki te były u chorej objawem zatrucia przez spożycie niezdrowego mięsa, co atoli odpada wobec stwierdzenia, że mięso to bez szkody dla zdrowia spożyła równocześnie z chorą i liczna jej rodzina.

Natomiast przypadek ten mógłby poniekąd ilustrować przytoczone powyżej zapatrywanie S. Flataua. Jeżeli rzucawka ma mieć swe źródło w powolnem utlenianiu azotu w czasie fizyologicznego aktu ciąży, porodu i połogu, to spożycie znaczniejszej ilości mięsa, a więc pokarmu w azot obfitego, musiało jeszcze więcej to utlenianie utrudnić, a więc w następstwie wywołać rzucawkę.

[1]) Wien. med. Presse 1897, str. 14, 15.

[2]) W czasie druku tej pracy rozpoczęła wychodzić w »Medycynie« (Nr. 45.) praca Wł. Popiela, którego zestawienia pozwalają również na taki wniosek.

II. Dalsze doniesienia o leczeniu tężca.

Podał
Dr. Józef Kadyi
z Jasła.

Podaję krótką wiadomość o dalszych dwóch przypadkach tężca, leczonego w jasielskim szpitalu zapomocą wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgu króliczego.

I. Dziewczyna 17-letnia przybyła do szpitala z tężcem dnia 26. sierpnia. Ani wywiady, ani dokładne badanie kliniczne, nie mogły wykazać żadnego skaleczenia. Wstrzykiwań dokonano trzy: dnia 27. sierpnia, 29. sierpnia i 1. września. Do pierwszych dwóch użyto zawiesiny z mózgu królika, przecedzonej. Ponieważ po każdorazowem wstrzyknięciu stan się poprawiał, ale tylko na kilka godzin, a potem wracał stan dawniejszy, więc do trzeciego wstrzyknięcia, aby nic z substancyi mózgu nie uronić, użyto zawiesiny nie cedzonej. Tężec ustępował zwolna; w ciągu ozdrowienia utworzył się w miejscu ostatniego wstrzyknięcia duży ropień, który po przecięciu rychło się wygoił. Dziewczyna wyzdrowiała zupełnie i równo w miesiąc po przybyciu opuściła szpital.

II. Drugi przypadek dotyczył 15-letniego izraelity, który przed przybyciem do szpitala był leczony bezskutecznie w domu lekami aptecznymi. Do szpitala przybył dnia 17. września i tu wyjęto mu wielką dosyć drzazgę, tkwiącą w dużym palcu u nogi. Objawy tężca były bardzo wygórowane. Wstrzykiwań mózgu króliczego (cedzonego) dostał cztery, t. j. dnia: 17, 18, 19 i 22-go września. Stan bardzo powoli, ale statecznie, się poprawiał, a dnia 20 go października chory, jako wyleczony, opuścił szpital.

Jest to już trzeci pomyślny przypadek, jaki w naszym szpitalu, dzięki rzeczonemu leczeniu, zapisujemy.

Te pomyślne wyniki utwierdzają mnie w postanowieniu, aby przy nadarzonej sposobności zastosować to samo leczenie także przeciw wodowstrętowi, który w wielu względach jest podobny do tężca. Nie chcąc przed czasem i bez faktów pozytywnych rozwodzić się o działaniu wstrzykniętej substancyi nerwowej i o działaniu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura, poczekam na utwierdzenie lub zaprzeczenie moich myśli i wniosków przez odnośne doświadczenie *in vivo*, — tymczasem pragnę tylko zauważyć, że czuję się uprawnionym do takiego doświadczenia *in vivo*, t. j. do wstrzykiwania zawiesiny mózgu króliczego wśród objawów wścieklizny, albowiem nie tylko, że brak nam dotychczas w tej chorobie środka skutecznego, ale także przekonałem się, że te wstrzykiwania same przez się żadnego ujemnego skutku nie ujawniły.

IV. Wyciągi.

Gaffky, Pfeiffer, Sticker, Dieudonné: **Sprawozdanie z czynności komisyj, wysłanych do Indyj w roku 1897 w celu zbadania dżumy** z dodatkiem **Badań trądu** przez Stickera. *(Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, T. 16. *Münch. med. Wochenschrift*, 1899. 41). Badania powyższe przynoszą tak ważne dane, że wyniki ich zasługują na przy-

toczenie choćby z drugiej ręki. Podstawą ich jest 27 przypadków dżumy, badanych dokładnie klinicznie, anatomicznie i bakteryologicznie. Pierwotnych postaci dżumy odróżniają autorowie 3: dżuma dymienicza, krosta dżumowa i zapalenie płuc dżumowe. Pierwotnej dżumy przewodu pokarmowego autorowie u ludzi nie spostrzegali, jednak nie można twierdzić, że ona nie istnieje, zwłaszcza wobec tego, że u małp i szczurów można ją doświadczalnie bardzo łatwo wywołać. Dżumowe zapalenie płuc kończy się prawie zawsze śmiercią; w jedynym przypadku względnego wyleczenia, jaki autorowie spostrzegali, uległ chory po 9 dniach ogólnemu zakażeniu paciorkowcami. Suchotnicy są do dżumy szczególnie usposobieni. Pojawienie się prątków dżumy we krwi jest w przebiegu choroby „signum mali ominis"; z 50 chorych, u których to zauważono, wyszło z życiem tylko 4. Rozpoznanie dżumy jest łatwe, prócz dżumowego zapalenia płuc, które czasem można pomięszać z zimnicą złośliwą, durem lub wąglikiem. W przypadkach wątpliwych pewność daje sekcya; prątki dżumowe przy sekcyi zawsze łatwo wykazać można — autorowie raz tylko ich przy sekcyi w 12 g. p. m. nie znaleźli, pomimo, że rozpoznanie za życia było pewne. W dżumie dymieniczej nie można wykryć prątków dżumowych w świeżych dymienicach bez ich nacięcia; po samoistnem pęknięciu dymienic już w nich prątków nie znachodzono. Największą wartość rozpoznawczą ma badanie bakteryologiczne krwi i plwociny w niejasnych przypadkach dżumy płucnej, i w przypadkach posocznicowatych. Zgodnie z innymi badaczami stwierdzają autorowie małą odporność prątka dżumowego na szybkie wyschnięcie i wilgotne gorąco; już ciepłota 55° C. zabija prątki w ciągu 10 minut, 100° C. natychmiast. Ze środków przeciwgnilnych najdzielniejszym jest i tu sublimat 1‰, niszczący prątki natychmiast; 5% kw. karbolowy niszczy je dopiero po 1 minucie; w wodzie wodociągowej tracą prątki dżumowe jadowitość po 5, w wodzie wyjałowionej po 10, w wyjałowionym kale i moczu po 5 dniach. Ze zwierząt są wszystkie gryzonie na dżumę bardzo wrażliwe; zwierzęta domowe są natomiast bardzo odporne, zwłaszcza psy i nierogacizna, oraz ptaki. Stąd w szerzeniu się dżumy nie odgrywają zwierzęta domowe żadnej roli; natomiast mają tu znaczenie myszy i szczury. Dalej przeprowadzili autorowie szereg prób uodporniania sztucznego przeciw dżumie. Okazało się przytem, że przesączone hodowle dżumowe nie wywołują odporności; natomiast można ją sprowadzić na pewno zapomocą podskórnego wstrzyknięcia dwudniowej, przez ostrożne ogrzanie do 65° C. zabitej hodowli. Jednakże wstrzyknięcie to chroni tylko od zakażenia od strony skóry; aby osiągnąć ochronę od zakażenia otrzewnowego, trzeba użyć większych ilości hodowli. Odporność, tym sposobem wytworzona, dochodzi swej pełni dopiero po 7 dniach, trwa jednak prawdopodobnie kilka miesięcy. Przy zbyt silnem ogrzewaniu hodowli ulega substancya uodparniająca zniszczeniu, przytem skuteczną szczepionkę uzyskać można tylko z bardzo jadowitych hodowli. Nawet bardzo uodpornione na zakażenie innemi drogami szczury ulegają zakażeniu od strony przewodu pokarmowego. Sposób uodparniania, opracowany przez autorów, jest lepszy od sposobu Haffkinea, ponieważ dozwala na ściślejsze dawkowanie i lepsze przechowywanie się substancyi uodparniających. Serodyagnostyka dżumy ma wartość względną; brak odczynu niczego nie dowodzi, jedynie odczyn dodatni przemawia silnie za przebytą dżumą. Surowica Yersina, jako środek ochronny, nie okazała się dobrą; uodpornienie, o ile się w ten sposób da uzyskać, trwa bardzo krótko; natomiast nie można odmówić tej surowicy pewnego działania leczącego. Szczepionka Haffkinea dała przeciwnie, jako środek ochronny, wyniki znakomite; liczba zachorowań i śmiertelność była między szczepionymi tym sposobem względnie bardzo małą.

Badania Stickera zdają się być bardzo doniosłe dla sprawy trądu. Wykrył on, że we wszystkich postaciach trądu istnieją w nosie wrzody trądowe, a prątki trądowe ze śluzem nosowym dostają się na zewnątrz. Te wrzody trądowe nosa są jedynem stałem zjawiskiem we wszystkich postaciach i okresach choroby, a zachowują swój charakter wrzodów nawet wówczas, jeżeli zresztą nigdzie na ciele nie ma owrzodzeń trądowych. Wrzody nosa towarzyszą trądowi nerwów tak samo, jak trądowi guzowatemu. Przed wyleczeniem trądu zawierają wrzody nosowe zawsze mnóstwo prątków trądowych; ale nawet u zresztą wyleczonych (?) trędowatych mogą wrzody nosowe latami się utrzymywać i być źródłem zakażenia. Przed ogólnymi nawrotami i zaostrzeniami trądu występują zawsze miejscowo sprawy w nosie, objawiające się szczególniej krwotokami nosowymi. Trąd guzowaty rozpoczyna się najczęściej w bezpośredniem sąsiedztwie nosa. Zwiastuny wybuchy trądu u dawniej zakażonych objawiają się także cierpieniami nosa (krwotoki, nieżyty itp.), co już dawniej stwierdzono, ale nie umiano właściwie wytłómaczyć. U dzieci można spotkać owrzodzenie nosa, zawierające swoiste prątki, jako jedyny, a więc pierwszy objaw trądu. Wszystko to dowodzi, że p i e r w o t n e m o g n i s k i e m t r ą d u, wrotami dla zakażenia, bywa nos, podobnie, jak kiła usadawia się pierwotnie najczęściej na prąciu. Ze stwierdzenia tej ważnej okoliczności wyprowadza S. następujące praktyczne wskazówki: Badanie w kierunku trądu u domniemanych trędowatych, ich dzieci i otoczenia nie powinno się ograniczać do badania skóry i układu nerwowego, lecz zawsze dotyczyć także błony śluzowej nosa i jej wydzieliny, szczególnie u pozornie zdrowych dzieci trędowatych rodziców. Uporczywe nieżyty nosa, krwotoki i t. p. u ludzi, którzy dłuższy czas żyli z trędowatymi, nakazują przypuszczać zakażenie trądowe, choćby żadnych innych objawów nie było; w takich razach należy niezwłocznie przeprowadzić badanie bakteryologiczne i leczenie miejscowe. Wykazanie wrzodów trądowych w nosie lub prątków w wydzielinie nosa dozwala na zaliczenie do trądu tych wątpliwych przypadków chorobowych, gdzie zresztą nigdzie prątki trądowe nie wydostają się z ustroju na zewnątrz. (Choroba Morvana i t. p.). Trędowatych dopiero wówczas można uznać za nie niebezpiecznych dla otoczenia, gdy nietylko zmiany skóry i nerwów od szeregu lat już nie postępują, ale gdy i wrzody w nosie zupełnie się zagoją. Leczenie trądu powinno zmierzać w każdym okresie choroby do wyleczenia pierwotnych zmian w nosie, gdyż doświadczenie poucza, że wszelkie inne znane objawy trądu są wtórne i mają wybitną dążność do samoistnego wyleczenia, której zmiana pierwotna w nosie nie posiada. *Ciechanowski.*

Prof. F. Krause: **Doświadczenia nad leczniczem znaczeniem przegrzanego powietrza.** (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 59, Z. 2). Naśladując Tallermanna, stosuje K. od paru lat miejscowo powietrze ogrzane do 140—150° C. W wielu i różnorodnych cierpieniach (*Arthritis rheumatica*, *gonorrhoica*, *deformans*, *sicca crepitans*, *urica*, *rhematismus musculorum*, *lumbago*, *ischias*, *ostitis* i *periostitis chronica*, *achillodynia*, w bólach po stłuczeniach, złamaniach, zwichnięciach i t. p.) używał tego sposobu z pomyślnym, często nadzwyczajnym, skutkiem. Posługuje się zwykle walcami o podwójnych ścianach asbestowych, zamykanych obwodowo materyą nieprzenikliwą dla powietrza. Do przyrządów tych doprowadza powietrze z piecyków asbestowych, ogrzewanych lampkami spirytusowemi lub gazowemi, połączonych z przyrządem zapomocą rurek metalowych. Ciepłomierz, umocowany w samym przyrządzie, wskazuje ciepłotę zawartego w nim powietrza. Ten sposób leczniczy działa głównie dzięki „odciągającemu działaniu" na skórę. Wysięki i niestałe wytwory zapalne ulegają wessaniu i nietylko ból znika, ale i ruchy stawów stają się wydatniejsze. Często K. spostrzegał, że pociła się nietylko część skóry, zamknięta w przyrządzie, ale poty występowały na całem ciele, czynnik bardzo korzystny dla miejscowego cierpienia. Przy dłuższem użyciu uważał autor podniesienie się ciepłoty ciała o $^1/_2$—1° C., przyspieszenie tętna o 8—15 uderzeń i mniej wyraźne wzmożenie się liczby oddechów, mimo, że przy tym sposobie niema bezpośredniego działania na serce i na płuca. *Herman.*

A. Hegar: **Gruźlica a wady utworowe.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 38, r. 1899). Częstokroć napotkać można przypadki nabytego braku miesiączki (amenorrhoe) u kobiet, u których rozwinęła się gruźlica w narządach nawet odległych od części rodnych. Jeżeli gruźlica rozwija się w wieku pokwitania lub też w wieku dziecięcym, to schorzenie to, ogólne, czy miejscowe, sprowadza zastanowienie rozwoju części rodnych. Autor demonstruje przypadek obustronnego gruźliczego schorzenia trąbek, dotyczący 21 l. chorej, u której przy tem schorzeniu znalazł brak pochwy i macicę szczątkową. W tym przypadku gruźlica miejscowa zatrzymała rozwój części rodnych już podczas życia łonowego. Znaną ogólnie jest dziedziczność gruźlicy, jako takiej, jako też najrozmaitsze spotworzenia i niedokształcenia płodów, pochodzących z rodziców gruźliczych. W tych przypadkach działanie jadu gruźliczego jest zupełnie analogiczne do działania jadu kiłowego lub też do przewlekłego otrucia rodziców; nie działają tu bowiem bakterye przechodzące do płodu, tylko ich jady. *St. D.*

Dr. Naumow: **Wąglik i jego leczenie.** *(Jeżeniedielnik,* 1899, Nr. 34). Kilkakrotnie już przy wągliku zalecano wstrzykiwania kwasu karbolowego; lekarze jednak wogóle dotychczas wolą stósować wycinanie i wypalanie „czarnej krosty". Autor, który w ciągu 25-letniej praktyki w różnych miejscowościach Rosyi miał często do czynienia z wąglikiem, próbował niejednokrotnie obydwu sposobów i oddaje stanowczo pierwszeństwo wstrzykiwaniom kw. karbolowego, a to ze względów następujących: 1) czas leczenia znacznie się skraca; 2) leczenie nie pozostawia większych blizn na ciele, a więc nie sprowadza zeszpecenia; 3) nawet w nieco zastarzałych przypadkach (5—6 dzień choroby) autor niejednokrotnie otrzymywał wyleczenie; 4) wstrzykiwania są znacznie mniej bolesne, niż wycinanie i wypalanie. Do wstrzykiwań używa autor 2% roztworu; wstrzykiwania robi jedno w środku krosty i kilka (zależnie od wielkości krosty) na obwodzie, wstrzykując w miejscu wkłócia $^1/_4$—$^3/_4$ strzykawki Pravaza, poczem stosuje gorący okład z 1% roztworu kwasu karbolowego, zmieniając takowy 1-go dnia wielokrotnie; kilka dni takiego leczenia wystarcza dla usunięcia objawów ogólnych i miejscowych (bliższych szczegółów i historyj chorób dokładniej autor nie podaje. *Ref.).* Prócz tego podaje autor w swej pracy przypadek wąglika jelitowego (rozpoznanie postawiono przez wykluczenie innych cierpień i biorąc pod uwagę jednoczesne wystąpienie wąglika skórnego u męża i czworga dzieci tej chorej), wyleczonego również przez podawanie wewnątrz kw. karbolowego (do 0,31 dziennie, częściowo *per os*, częściowo w lewatywie). I w tym przypadku już po 3 dniach nastąpiło polepszenie: krwotoki jelitowe stały się rzadsze i mniej obfite, ciepłota spadła o 1° C., tętno stało się wolniejsze i pełniejsze; po 4 tygodniach chora opuściła szpital już zupełnie zdrowa.

Gliński.

Rose: **W sprawie zwyrodnienia włóknistego błon surowiczych, zwanego „Zuckergussbildung"** [1]. *(Berliner klin. Wochenschrift,* 1899, Nr. 38). Niezwykłą postać zwyrodnienia włóknistego błon surowiczych spostrzegano naprzód na otrzewnej, powlekającej wątrobę i stąd pierwsze prace w tej sprawie odnoszą się wyłącznie do tak zw. „Zuckergussleber". Owa „Zuckergussleber" miała się znamionować grubym pokładem włóknistym, otaczającym wątrobę, ale nie wpływającym wcale na stan i czynność tego narządu. Bamberger, który zmianę tę pierwszy dokładnie opisał, w 2 tylko przypadkach zauważył zmniejszenie się i obecność marskości („zapalenia międzymiąższowego przewlekłego") wątroby. Dopiero jednak Curschmann w kilkanaście lat później ocenił należycie kliniczną doniosłość opisanej przez Bambergera zmiany, która rozwija się przez 7—8 lat, zanim wystąpią wyraźne objawy chorobowe, przedewszystkiem puchlina brzuszna. W przypadku własnym spostrzegał Rose chorobę w pierwszych jej okresach, do czego rzadko zdarza się sposobność. U 56-letniego nałogowego pijaka wystąpiły: powiększenie wątroby i śledziony, wymioty krwawe; puchliny brzusznej nie było. Śmierć nastąpiła wśród śpiączki. Przy sekcyi znaleziono pokłady tkanki włóknistej, o wejrzeniu chrząstkowatem lub porcelanowatem, naokoło wątroby, śledziony, oraz na zagięciu okrężnicy, wreszcie na opłucnej płuca prawego; osierdzie było prawidłowe. R. sądzi, że wytworzenie się pokładów włóknistych rozpoczęło się w tym przypadku prawdopodobnie równocześnie we wszystkich dotkniętych miejscach. Zdaje się, że sprawa, zwana „Zuckergussbildung" najczęściej rozwija się naraz w kilku jamach surowiczych. Stan błon surowiczych może być przytem trojaki: albo spotykamy rozlane włókniste zgrubienie, chrząstkowato twarde, połyskujące — i to jest typowa postać zmiany, odpowiadająca najsilniejszemu jej rozwojowi, albo też powierzchnia błon surowiczych jest nierówna, przyćmiona, nie ma jednak jeszcze zgrubień; — albo wreszcie wejrzenie jest jeszcze prawie prawidłowe. Prawie zawsze zajętą jest także opłucna i to przedewszystkiem prawa. Co do przyczyn tej zmiany, to wogóle niewiele jeszcze o nich wiadomo; być może, że mają tu znaczenie przebyte choroby zakaźne; niektórzy autorowie obwiniają przebyte *„cholecystitis"* i *„cholelithiasis"*; inni sądzą, że zwyrodnienie porcelanowate jest skutkiem przebytego miejscowego zapalenia otrzewnej, ograniczającego się do górnej części jamy brzusznej. Rose wypowiada przypuszczenie, że w etyologii tej sprawy może odgrywa jakąś rolę przewlekły alkoholizm, czego jednak stanowczo twierdzić jeszcze nie można. *Ciechanowski.*

[1]) Wobec trudności ścisłego przetłómaczenia tej nazwy, możeby po polsku najlepiej było użyć innego porównania, i nazwać »Zuckergussbildung« — zwyrodnieniem porcelanowatem. Przyp. spr.

Dr. Wł. Wróblewski (Warszawa). **Ostry ropotok jamy szczękowej.** (Empyema antri Highmori acutum, *(Gazeta Lekarska* Nr. 37, 1899). Podawszy 5 przez siebie spostrzeganych przypadków tej choroby, przedstawia autor obraz kliniczny ostrego ropotoku jamy Highmora. Jako czynniki przyczynowe wymienia W. wpływ szybkich zmian ciepłoty (przeziębienie), ostry nieżyt przewodów nosowych i choroby zakaźne. Przebycie tej choroby pozostawia skłonność do nawrotów, która polega na łatwości przenikania wydzieliny nosowej do jamy Highmora, bądź skutkiem niezwykle wielkiego otworu, łączącego te jamy *(ostium maxillare),* bądź też istnienia otworu dodatkowego *(ostium accessorium),* okoliczność, która z drugiej strony, ułatwiając odpływ z jam, sprzyja samoleczeniu. Objawami tu są: uczucie ogólnego rozbicia, oraz nacisku i napięcia wewnątrz szczęki górnej, zajęcie głowy i wypływ obfity ropy, niekiedy z przymieszką krwi. Niekiedy występują bóle w gałce ocznej i w odpowiedniej połowie czaszki, rzadziej ciężkie ogólne objawy gorączkowe, prawie zawsze brak łaknienia i powonienia. W przeciwieństwie do Avellisa, uważa W. wykonanie nakłócia próbnego w celu rozpoznawczym za zbyteczne, gdyż prześwietlenie zawsze tu wystarczy do rozstrzygnięcia rozpoznania.

Pojmowaniu tego cierpienia, jako choroby zakaźnej, odpowiada też zalecony przez autora zachowawczy sposób leczenia: leżenie w łóżku, środki przeciwgorączkowe i potne *(Natr. salicyl., Salol, Chinina, Antypiryna* etc.), ciepłe okłady na policzek i głowę, a po ustąpieniu gorączki i bólów jodek potasowy, który, powodując większe wydzielanie śluzu, przemienia prędko wypływ ropny w wydzielinę śluzową. Polemizując z Avellisem, uważa W. wykonanie operacyi radykalnej (sztuczny otwór w szczęce) przed 6. tygodniem za zbyteczne, z wyjątkiem niezwykle niekorzystnych warunków, gdyż choroba ta zazwyczaj do 4—5 tygodni bez zabiegu operacyjnego pomyślnie się kończy, jak się to stało we wszystkich przypadkach autora. *Spira.*

Prof. K. Schuchardt. **O wycinaniu rakiem zajętych odbytnicy i zgięcia esowatego.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1899, Nr. 34). Autor posługuje się wyłącznie następującą metodą: po ułożeniu chorego, jak do cięcia kroczowego pęcherza, prowadzi cięcie skórne w linii środkowej od tylnego obwodu rzyci po kości ogonowej aż do dolnej $^1/_3$ kości ku-

prowej. Po odsłonięciu kości ogonowej odpiłowuje ją u podstawy piłeczką Gigliego. Teraz dopiero okrąża rzyć, prowadząc cięcie dość głębokie i otwór stolcowy zaszywa. Zanim pójdzie wgłąb, przeprowadza po obu stronach prostnicy, zapomocą mocno wygiętych igieł, grubą nić katgutową przez tkankę pararektalną, na 2—3 palce poprzeczne od ścian jelita, zadzierzgą ją mocno, nożyczkami przecina tkankę blizko zawiązek i obluźnia tępo jelito od tyłu palcem. Tak postępuje w górę do wysokości, jakiej potrzeba. W końcu dopiero rozrywa związek przodkowej ściany odbytnicy od gruczołu krokowego, względnie pochwy, i pęcherza. W ten sposób da się ściągnąć 30—40 ctm. długi odcinek jelita. Jamę otrzewnową otwiera śmiało i bez zastrzeżeń. Gdy już powyżej nowotworu ma ściany jelita napewno zdrowe, zaszywa otrzewnę, potem ranę skórną, pozostawiając w niej tylko małą szczelinę, w którą następnie wszywa zamputowane jelito. Do amputacyi przystępuje dopiero po owem zmniejszeniu rany. Utrzymania zwieracza zrzeka się zupełnie. *Herman.*

Dr. Herman Schiller. **Czy można znaleść gonokoki w błonach śluzowych części rodnych niewieścich, skoro brak klinicznych objawów rzeżączki?** *(Berl. klin. Wochens.* Nr. 41). Autor, chcąc stwierdzić prawdziwość zdania Neissera, że chociaż ustąpią wszystkie objawy kliniczne rzeżączki, przecież swoiste koki mogą przebywać jeszcze nadal w błonie śluzowej, badał 300 przypadków w kierunku obecności gonokoków. Badania te nie potwierdziły zdania Neissera i przekonały autora, że tam, gdzie przy dokładnem badaniu nie znalazł w błonach śluzowych części rodnych niewieścich żadnego stanu zapalnego, tam też nigdy nie udało się mu stwierdzić obecności gonokoków. Zdanie Neissera zdaje się autorowi polegać na niedokładnem badaniu i na niewyczerpaniu wszystkich możliwych sposobów badania. W trzech przypadkach na przykład stwierdził autor obecność gonokoków w jamie macicy dopiero po wyskrobaniu jej błony śluzowej. Ta okoliczność skłania autora do przypuszczenia, że w przyszłości dokonanie wyskrobania jamy macicznej może w przypadkach podejrzanych o rzeżączkę należeć do pierwszych wskazań dla celów rozpoznawczych. *St. D.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

M. Freudaethal badał chemicznie nowy przetwór żelezisty Dynamogen (*Allg. med. central. Zeitung*, Nr. 27, 1899) i znalazł, że zawiera: Istot białkowatych 9·30, wodników węgla 10·00, soli mineralnych 0·42, tlenku żelaza 0·052, kwasu fosforowego 0·074, tłuszczu 0·34, koniaku 8·03, gliceryny 10·0, wody 62·00. Ciała białkowate znajdujące się w dynamogenie, są częściowo peptonami, częściowo jako białko surowicze, hemoglobina i t. d. Stosowano ten przetwór w chorobach krwi, jak białaczka, błednica, niedokrewność, z dobrym skutkiem, do czego przyczynia się w wysokim stopniu przyjemny smak, pozwalający na używanie dynamogenu nawet czas dłuższy. Jako wielką zaletę dynamogenu podnieść należy, że w przeciwieństwie do wielu innych przetworów żelezistych poprawia łaknienie, nie wywołując nigdy, nawet przy wysokich dawkach, nieprzyjemnych objawów ubocznych ze strony przewodu pokarmowego. Z powodu tych zalet uważać należy dynamogen nietylko za środek swoisty w chorobach krwi, lecz także jako środek odżywczy, który również z dobrym skutkiem podawanym być może w chorobach wyniszczających, jak n. p. w gruźlicy, podczas rekonwalescencyi po chorobach zakaźnych, i w neurastenii, zołzach i t. d.

Przystępna cena (1 złr. 25 ct. za flaszeczkę 250 grm.) umożliwia stosowanie dynamogenu nawet w praktyce osób niezamożnych. *R.*

Nie ulega wątpliwości, że najlepszym materyałem do sztucznego żywienia dzieci jest mleko krowie. Zachodzą jednak okoliczności, zwłaszcza w większych miastach i cieplejszej porze roku, że otrzymanie odpowiedniego mleka jest połączone z wielkiemi trudnościami. W tych okolicznościach tak zwane mączki mogą być z korzyścią użyte, ale tylko wtedy, jeżeli są łatwo strawne, wolne od skrobi, gdyż w razie przeciwnym nie mogą być przez przewód pokarmowy dziecka przetrawione i wyzyskane. Te warunki znalazł E. Epstein (*Der practische Arzt.* Nr. 16, 1899) w mączce Kufeka. Na podstawie swych spostrzeżeń, opartych na chorych osesach w poliklinice Peszteńskiej, którym podawano mączkę Kufeka, twierdzi E., że mączka ta doskonale się nadaje, jako część dyetetyczna leczenia nieżytów jelitowych. Podawana z mlekiem dzieciom zdrowym wywołuje szybki przybytek na wadze. *J.*

St. Klein stosował somatozę z żelazem (*Eisensomatose*) w 30 przypadkach różnorodnych cierpień, między innemi w chorobach żołądka, niestrawności, nadmiernej kwasocie i t. d. We wszystkich przypadkach zauważono pomyślny wpływ tego leku na stan ogólny, jednak najlepsze wyniki osiągnięto w przypadkach niedokrewności. W jednym z nich odsetek hemoglobiny z 38% podniósł się po dwutygodniowem używaniu na 60%, a po 4 tygodniach doszedł do 96%; w innym przypadku z 45% na blizko 100%. Również korzystne były wyniki podawania tego przetworu w 23 przypadkach niedokrewności dzieci, cierpiących na wrzekomą białaczkę. Polepszenie, a w niektórych przypadkach zupełne wyleczenie osiągnięto w ciągu podawania 1—2 miesięcznego somatozy z żelazem, w której, jak to autor przypuszcza, żelazo wpływa korzystnie na skład krwi, a somatoza na odżywienie. *j.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 13 października, 1899 r.

Przewodniczący: kol. A. Gluziński, członków obecnych 41.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. A. Gluziński miał odczyt pt.: »Uwagi dyagnostyczne i epikrytyczne nad przypadkiem wrodzonej wady sercowej (z demonstracyą)«. Odczyt ten będzie w całości drukiem ogłoszony.

W dyskusyi kol. Fels przytacza znany mu przypadek z kliniki Schroettera. Pacyent, mający lat 36, zgłosił się do kliniki z objawami duszności i sinicy; uczuł się chorym dopiero w 34 r. życia. Badanie wykazało szmer nad końcem serca. Sekcya stwierdziła wrodzony ubytek w przegrodzie komorowej.

Kol Prus wypowiada parę uwag co do tz. *embolia paradoxa* Chodzi mu mianowicie o zaznaczenie, że nawet przy zdrowych ścianach serca lewego może ona mieć miejsce.

Kol. Gluziński odpowiada, że to był tylko jeden z momentów przy innych ważniejszych, które już poprzednio naprowadziły na właściwe rozpoznanie.

3. Kol. Rencki miał wykład pt.: »Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej«. (Wykład został już ogłoszony w całości drukiem).

W dyskusyi zabrał głos kol. Gluziński. Mimo pozornie ujemnych wyników dla kliniki, które otrzymał kol. Rencki — przeprowadzając cały szereg mozolnych, a bardzo dokładnych badań, — znaczenie ich jest niepoślednie. Nauczyliśmy się przez nie z jednej strony, gdzie leży przyczyna zmiennych wyników leukocytozy trawiennej wśród przebiegu raka i wrzodu żołądka, — z drugiej strony, poznawszy tę przyczynę, przekonaliśmy się, że leukocytoza trawienna dla odróżnienia tych dwóch stanów chorobowych od siebie niema żadnego znaczenia. Również stwierdzenie faktu, że ciałka krwi czerwone jądrzaste (normoblasty) mogą znajdować się wśród przebiegu obydwóch stanów chorobowych, przy istnieniu pewnych warunków, wprawdzie stanowi znów ujemny wynik, — ale usuwa twierdzenie niektórych autorów, że wśród odpowiednich warunków zjawienie się ciałek czerwonych krwi jądrzastych przechyla rozpoznanie na stronę raka, a nie wrzodu żołądka. —

W jednym kierunku badania kol. Renckiego dają dość ważną wskazówkę rozpoznawczą, t. j. dla odróżnienia ciężkiej postaci niedokrewności, powstającej wskutek zmian np. w przewodzie pokarmowym, od niedokrewności, rozwijającej się na tle nowotworowem. Gdy w raku krew przedstawia wzór krwi błedniczej, — a więc ilość ciałek czerwonych większą, np. 2,500,000. a % Hglb. mały, np. 25%, — to przy wspomnianej niedokrewności typ krwi zachowuje się tak, jak w cięższych postaciach niedokrewności. Na tej podstawie opierając się, mieliśmy możność w kilku bardzo wątpliwych przypadkach, gdzie rozpo-

znanie wahało się między *carcinoma occultum ventriculi*, — a cięższą formą niedokrewności z innego powodu, — rozpoznać należycie. Naturalną rzeczą, że wśród pewnych warunków i podczas przebiegu nowotworu — może przyjąć krew charakter inny, np. po silnych, dłużej trwających krwotokach, ale też ten krwotok skieruje wtedy rozpoznanie nasze na właściwe tory. Nadto przemawiali kol.: Prus, Wechsler i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Posiedzenie naukowe z dnia 27 października, 1899 r.

Przewodniczący: kol. Sielski, członków obecnych: 39.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Jasiński w barwnym i zajmującym wykładzie zdał sprawę z wycieczki swej do uzdrowisk w górach Lasu Czeskiego i sanatoryum Alland i opisał stosunki klimatyczne gór Schneeberg i Semmering, tudzież doliny Ampezzo i uzdrowiska Madonna di Campiglio.

3. Kol. Brudzewski miał wykład »O nowej teoryi akomodacyjnej«. Teorya akomodacyjna Tscherninga jest wprost przeciwną teoryi Helmholtza. — Helmholtz tłómaczy akt akomodacyi zwiększeniem krzywizny powierzchni przedniej soczewki; zwiększenie to krzywizny następuje wskutek jej elastyczności, która wchodzi w grę wskutek skurczu mięśnia rzęskowego — i następowego zwolnienia rąbka Zinniusza (Zonula Zinnii). H. twierdzi, że zaakomodowana soczewka posiada w swej przedniej powierzchni postać kuli.

Tscherning tłomaczy to zwiększenie krzywizny przedniej powierzchni soczewki nie zwolnieniem ale napięciem rąbka Zinniusza — dalej, że soczewka zaakomodowana okazuje w swej powierzchni przedniej nie postać kuli, ale »hyperboloidu« rotacyjnego, — a przyjmuje tę postać dlatego, że można przypłaszczenie obwodu wykazać za pomocą wielkości obrazków Purkinyego. — Również nie tłómaczy teorya H. różnicy siły akomodacyi oka w różnych częściach źrenicy, gdyż w oddaleniu najwięcej 2.5 millim. od osi soczewki, szerokość akomodacyi wynosi zaledwie połowę szerokości akomodacyjnej centralnej. Gdyby soczewka podczas akomodacyi przybierała w mniejszym promieniu, niż ten, który odpowiada krzywiznie soczewki w spokoju, w takim razie obwód soczewki powinien mieć co najmniej tę samą szerokość akomodacyi; ponieważ jednak szerokość akomod. obwodowej jest mniejsza, przez to upoważnia do wniosku, że promień obwodowych części powierzchni przedniej soczewki jest większy, niż części osiowych, a zatem nie jest kulą, ale płaszczyzną rotacyjną przypłaszczoną. Dość skomplikowane obliczenia wykazują, że powierzchnia przed. socz. zaakomodowanej jest hyperboloidem obrotowym, a zatem przypłaszczoną na obwodzie. Że zapomocą napięcia rąbka Zinniusza (Zonula Zinnii) można wywołać zwiększenie krzywizny osiowej części soczewki, wraz z przypłaszczeniem obwodowem, dowodzi doświadczenie na soczewce martwej; obrazki Purkinyego maleją w części osiowej, rosną na obwodzie przy napinaniu rąbka. — Dalej podług teoryi Helmholtza soczewka martwa, przy odcięciu ciałka rzęskowego (c. ciliare) powinna być w stanie akomodacyi, — a zatem mieć krótszy promień krzywizny powierzchni przedniej, — tymczasem sam Helmholtz stwierdził, że tak nie jest, zmierzywszy krzywiznę oftalmometrem. Obok tych dowodów, są inne, oparte na innych zjawiskach optyki, dowodzące, że powierzchnia soczewki przypłaszcza się podczas akomod. na obwodzie. Nie przytoczył ich kol. Brudzewski, gdyż do tłómaczenia ich wymagane są już zbyt specyalne wywody z dziedziny optyki matematycznej.

W dyskusyi przemawiali koll: Machek, Szulisławski i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VII. Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego, odbytego w czasie od 13—15 września w Norymberdze.

Podał

Dr. Jan Buszek

fizyk m. Krakowa.

(Dokończenie).

W sprawie lekarzy szkolnych postawiono do roztrząsania następujące twierdzenia:

1) Celem zachowania i popierania zdrowia młodzieży szkolnej potrzeba ustanowić lekarzy szkolnych z higienicznem wykształceniem dla wszystkich zakładów naukowych niższych i wyższych, prowadzonych przez państwo, gminy i osoby prywatne.

2) Zadaniem lekarza szkolnego jest:

I. Czuwać nad zdrowotnymi stosunkami budynku szkolnego i urządzeń szkolnych.

II. Dozorować wykonania przepisów wydanych w kierunku higieny nauki i środków naukowych.

III. Starać się o zdrowie dzieci szkolnych, a mianowicie:

a) Popierać lekarza urzędowego w zapobieganiu chorobom zaraźliwym i w ich zwalczaniu.

b) Stwierdzać cielesne ułomności dzieci, celem dalszego śledzenia, albo celem szczególniejszego uwzględnienia przy prowadzeniu szkoły.

c) Czuwać nad wychowaniem fizycznem, o ile je szkoła prowadzi.

3) Większe gminy powinny dla szkół ludowych i wyższych ustanowić na własne koszta lekarzy szkolnych, a instrukcyę ich służbową dostósować do obowiązujących ustawowych przepisów lekarza urzędowego, co do nadzoru nad higieną szkolną. We większych miastach zaleca się ustanowienie starszego lekarza szkolnego dla ocenienia i przygotowania wszystkich ważnych i ogólnych zarządzeń higieny szkolnej i dla pośredniczenia w stosunku służbowym z władzą szkolną. O ile można wybrać do tego lekarza urzędowego.

W gminach mniejszych i niezamożnych ma się państwo postarać o ustanowienie dostatecznej liczby lekarzy szkolnych. Również ma ono być obowiązane do ustanowienia dla państwowych wyższych zakładów naukowych lekarzy szkolnych.

Dozór nad szkołami prywatnemi należy poruczyć lekarzom miejskim, albo państwowym.

Jeżeli dla zakładów naukowych państwowych, albo miejskich, istnieją jakie rady, kuratorye, komisye szkolne i t. p., to powinien mieć w nich lekarz szkolny, albo starszy lekarz miejski, miejsce i głos.

4) Centralna władza szkolna państwowa albo prowincyonalna powinna mieć przydzielonych dobrze w higienie wykształconych lekarzy, jako referentów dla higieny szkolnej w dostatecznej liczbie. Do nich ma należeć przygotowanie i czuwanie nad higieną budynków szkolnych, przyrządów szkolnych, nauki i uczniów, a również rozwój dalszy całego wykształcenia fizycznego. Mają oni za zadanie w niedługich bardzo odstępach czasu rewidować pod względem higienicznym wszystkie wyższe szkoły, ludowe i prywatne swojego obwodu. Wreszcie powinni dla kierowników wszystkich szkół urządzić kursa uzupełniające i zbierać stósowny materyał, odnoszący się do wpływu szkoły na zdrowie nauczycieli i uczniów.

5) Nauczycieli i nauczycielki wszystkich szkół należy uczyć higieny, do czego się seminarya nauczycielskie i wyższe zakłady nadają. Higiena szkolna ma być dla wszystkich kategoryj nauczycieli obowiązkowym przedmiotem egzaminu.

W bardzo ożywionej dyskusyi zaznaczył starszy burmistrz Delbrück, że nie potrzeba ustanawiać osobnych organów; sądzi, że przy obecnych stosunkach można zupełnie dobrze wyjść. Należy do deputacyi szkolnych wybierać odpowiednich lekarzy, którymby można szczególniejsze zadania higieniczno-szkolne poruczyć. W Gdańsku badają specyalni lekarze oczy, uszy, nosy, zołzowate dzieci. W deputacyi szkolnej zasiadają 2 lekarze, którzy kierują temi badaniami. Prof. Kalle sądzi, że należy ustanawiać osobnych lekarzy szkolnych. Lekarz urzędowy niepowinien być starszym lekarzem szkolnym, gdyż to mogłoby doprowadzić do starcia. Ma nadzieję, że tworzące się komisye sanitarne w pierwszej linii zajmą się higieną szkolną.

Tego samego, t. j. aby ustanawiać osobnych lekarzy szkolnych, domaga się także Prof. Esmarch, który sądzi, że badanie dzieci szkolnych przez specyalistów nie zastąpi lekarzy szkolnych. Ci muszą mieć za zadanie zapobiegać szerzeniu się chorób zaraźliwych w szkołach. Dr. Strassmann ostrzega przed przesadnemi nadziejami. I on nie pragnie mieć z lekarza urzędowego starszego lekarza szkolnego. Burmistrz Zweigert sądzi, że uniknie się starcia, jeżeli lekarze miejscy będą starszymi lekarzami szkolnymi. Nauczyciel Netsch zapewnia, że nauczyciele przecież o wiele sympatyczniej zachowują się wobec usiłowań lekarzy, aniżeliby się to według wywodów referenta zdawać mogło. Wprowadzenie higieny szkolnej, jako przedmiotu obowiązkowego w seminaryach, musi nazwać tylko przeciążeniem młodzieży. Dr. Petruszky żąda, aby dzieci chorych na błonicę nie wpuszczać do szkoły podczas całego okresu ozdrawiania, a nauczycieli badać od czasu do czasu na prą-

tki gruźliczo, gdyż ci bywają często gruźlicą dotknięci. Grimm ostrzega przed zaprowadzeniem osobnej kategoryi lekarzy szkolnych, tylko czynności ich poruczyć lekarzom miejskim, aby ci byli tak doradcami nauczycieli, jak dyrektorzy budownictwa zarządów gminnych. Jeżeli ma się zyskać co wydatnego, muszą wszystkie czynniki, lekarz szkolny, budowniczy i nauczyciel wspólnie działać. Dr. Deppich użalał się na opłakany stan w wielu wioskach budynków szkolnych i mieszkań nauczycieli.

Obecne na Zjeździe panie, dziękując za poruszoną sprawę co do lekarzy szkolnych, przesłały do zarządu oświadczenie, które na pełnem posiedzeniu odczytano, że chcą razem z innemi paniami, głównie z nauczycielkami i matkami wspólnie w tej sprawie pracować. Gdy atoli daleko jeszcze do tego, aby we wszystkich szkołach ustanowiono lekarzy szkolnych, dlatego one wnoszą: organizować ochotnicze rady zdrowia szkolne i wciągać do nich nauczycielki i matki. Wielu paniom brakuje wprawdzie jeszcze świadectwa dojrzałości z higieny szkolnej, dlatego zaleca się, aby urządzane były kursa z higieny szkolnej z podstawą nauk przyrodniczych i aby do nich dopuszczane były także i kobiety. Ogólne zgromadzenie przyjęło to oświadczenie oklaskami.

Ostatnim tematem było: *Środki przeciw przykrościom, jakie sprawia zadymianie.* Referent, inżynier Haier, przyznał, że najtrudniej będzie usuwać zadymianie w okolicach przemysłowych, fabrycznych. Ludność ciągnie zyski z fabryk dlatego i zadymianie przyjmuje ze spokojem. O wiele więcej, aniżeli wielki przemysł, psują dymem powietrze piekarnie w większych miastach. Najwięcej temu winien sposób palenia i obsługa paleniska pieców, dla których najczęściej niema dostatecznego miejsca. Należy w tym kierunku działać, aby przedewszystkiem w piekarniach używano koksu. Dla palenia w kominach już dziś palenie gazem wypada taniej, gdyż przy paleniu węglem tylko 8% wynosi korzyść z palenia. Głównie zaś potrzeba wykształcić dobrych palaczy. Na wydziale maszyn uczą techników także sposobów opalania. Wnioski przedstawił referent następujące:

1) Każde palenisko jest narzędziem w ręku palacza. Przeto obsługa jego odgrywa istotną rolę przy zapobieganiu zadymianiu.

2) Nie ma paleniska, któreby dla zapobiegania zadymianiu dało się ogólnie zalecić

3) Lecz pomiędzy istniejącymi sposobami palenia są urządzenia w dostatecznej ilości, które, zastosowane (system kotłowy, paliwo i należyta obsługa), pozwalają zdobywać zupełnie zadawalające wyniki.

4) Prosty zakaz zadymiania nie usunie złego.

5) Żądania, aby zapobiegać zadymianiu, należy miarkować stosownie do miejscowych warunków.

6) Postępować należy przeciw zadymianiu wedle przypadku i przy współdziałaniu odpowiednich doświadczonych organów technicznych. Jedynie środki dobrze obmyślane, o ile potrzeba także zachowanie pewnych względów, ale wytrwale stosowane, doprowadzić mogą do celu. Urządzenia ze strony gminy i państwa powinny służyć za wzór.

7) Należy szczególniejszą zwrócić na to uwagę, aby wyrobić stan wprawnych zawodowych palaczy.

8) Dla palenisk domowych, jako też dla rozmaitych mniejszych palenisk, w przemyśle potrzebnych, należy używać koksu, jako też zaprowadzać kuchnie gazowe z centralną gazownią w większym rozmiarze, aniżeli się to dotąd praktykuje.

W rozprawie nad tym przedmiotem zgadza się Prof. Nussbaum z referentem, że przemysł drobny więcej zadymia, aniżeli wielki. Jeżeli wychodzą gdzie kłęby dymu, tam pewnie jest za mała powierzchnia palenia, albo brak należytej obsługi. Podczas wiatru rozchodzi się zaledwie $^1/_{10}$ część sadzy, jak w czasie bez wiatru. Radzi mniejsze zakłady przemysłowe raczej pouczać, aniżeli wydawać dla nich rozporządzenia. Radzi, aby te używały, głównie piekarnie, koksu i węgla brunatnego. Oprócz tego powinno się starać o dobre piece. Schott przemawia za dozorem policyjnym nad budową pieców i zaprowadzeniem do palenia węgla brunatnego. Dr. Ebeling uważa dotychczasowe zachowanie się policyi budowlanej przy stawianiu pieców nowych w zakładach przemysłowych za zanadto łagodne. Powinna ona starać się przeprowadzać wszelkie zdobycze na polu ulepszonego palenia. Dr. Dorfmeister dopatruje głównych źródeł zadymiania w kuchni, piekarni i przy asfaltowaniu, jest zwolennikiem otwierania centralnych piekarni za miastem, podobnie jak i rzeźni. Bansi zauważył, że palenie węglem brunatnym jest dla zdrowia szkodliwsze, aniżeli węglami kamiennymi, gdyż wydają one wiele pyłu z popiołu. Przykrości z zadymiania utrzymają się tak długo, dopóki powszechnie nie zaprowadzi się do palenia koksu i gazu. Prof. Dr. Meydinger widzi złe z palenia w niewłaściwej budowie pieców i w nieudolności palaczów. Powinnyby i panie dozorować sposobu palenia. Tafel, fabrykant, przyrzeka zaprowadzić lepszy sposób palenia, gdy tylko doświadczenie i nauka go wskaże.

VIII. Korespondencye.

Warszawa w listopadzie.

Kolega X., który się zwrócił do mnie w imieniu Waszem z propozycyą pisania listów z Warszawy, powiedział mi: „pisać możesz o wszystkiem, co cię boli lub cieszy, nie pisz o osobach, unikaj zbyt ostrej krytyki“ i już wyłącznie *ad personam* dodał: „używaj wyrazownictwa swego własnego, może tą drogą zmusisz tych, którzy do opracowania wyrazownictwa lekarskiego powołani zostali, — do rychłego ogłoszenia swej, w nieskończoność przedłużającej się, pracy“.

Otrzymawszy napozór tak szeroki mandat, pomyślałem sobie: dobrze, napiszę więc o stanie piśmiennictwa lekarskiego, gdyż jest to sprawa, która mi dolega prawie tak samo, jak wątroba, cierpiącemu na przewlekłą kamicę żółciową. I gdy zacząłem rozmyślać nad powziętym tematem, ogarnął mię lęk, równy obawie chorego przed nowym napadem kolki, ażali pisząc o tem lub innem wydawnictwie naszem, nie sprowadzę na się groźnego pomruku zwolenników tej, lub innej partyi. W rozterce myślowej, w której się znalazłem, otuchą mi było rozumowanie pewnego chorego na kamicę, który na pytanie, jak zniósł nowe napady kolki, odrzekł: „z początku się bałem bólu, lecz skoro pomyślałem sobie, że pan doktor zapewnił mnie, iż wszystko to przejdzie i będę zdrów, zaopatrzyłem się w dużą dozę odwagi i cierpliwości i, niemal pogwizdując, określałem miejsce przepychającego się potwora“. Słowa te napełniły i mnię odwagą do tego stopnia, że pomyślałem sobie: burza, jaką zechce podnieść ten lub ów „gazeciarz“, „medycyniarz“, lub „kronikarz“, przejść musi, bo sprawy tej dotykam *pro publico bono*, a nie ku własnej przyjemności. Bo przyznacie Panowie, że do przyjemności nie należy powiedzenie komuś: ależ moi panowie, poco wydajecie 3 pisma tygodniowe (jedno z nich dwutygodniowe) o zupełnie identycznym kierunku, o jednych i tych samych zaletach i wadach, kiedy nam jedno pismo, redagowane w sposób należyty, siłami wspólnemi, wystarczyć może i powinno. Pamiętam, że gdy przedemną jeden z kolegów myśl tę podniósł, spojrzano na niego z trzech stron tak, jak gdyby popełnił co najmniej zbrodnię stanu. A w pogardliwem spojrzeniu jednej partyi wyczytać mogłeś lekceważenie dla śmiałka, który tak nizko cenić chciał ich organ, że porównywać się ośmielił z innym, w mniemaniu ich o niebo niższym. W spojrzeniu drugiej partyi widniała groźba w stronę projektodawcy, słana za to, że chce odprzedać ich rzekome zasługi tym, którzy panami położenia się mianują. Trzeci wreszcie, wykonawszy ruch pogardliwy głową, przemówić, zda się, chcieli: mój panie, my żadnych kompromisów nie chcemy, gdyż niosąc swój własny sztandar, chylić go przed nikim nie potrzebujemy.

Niewtajemniczony widz tej sceny mógłby pomyśleć, że ma przed sobą przedstawicieli trzech różnych obozów, którzy hołdują trzem różnym zasadom, którzy tworzą trzy odrębne kierunki.

Jak wielkie jednak musiałoby być zdziwienie przybysza, gdyby się dowiedział, że konkurują ze sobą trzej specyaliści, jedną i tę samą gałęź wiedzy uprawiający. „Kochają się jak ginekologowie“ możnaby powiedzieć o „gazeciarzach“, „medycyniarzach“ i „kronikarzach“ i nad całą tą sprawą przejść do porządku dziennego, gdyby nie jedno smutne „ale“, które z takiego rozdźwięku wyziera.

Wyziera zaś z nieumotywowanego wydawnictwa trzech pism jednakowych 1° to, że żadne z poszczególnych pism nie stoi na wysokości swego zadania; 2°, że sprowadza niepotrzebny rozdział bardzo nielicznych pracowników na niwie

literackiej na obozy, które łączą się w chwilowe kompromisy tylko dla przeprowadzenia swoich kandydatów, rozchodzą się zaś, gdy potrąca się sprawę skupienia sił koło jednego porządnego tygodnika lekarskiego, który, obok prac oryginalnych, podawałby porządne sprawozdania z europejskiego ruchu naukowego.

Stojąc zdala od wszelkiej koteryjności, podziwiam niejednokrotnie tych, którzy bez ideału, w zacietrzewieniu pchają taczkę szarego codziennego życia po to tylko, aby z taczki wysypać lotne plewy i otrąb trochę; podziwiam tych, którzy mając wszystkie kwalifikacye na zdolnych młynarzów, co to czystą mąkę wyrabiaćby mogli, bezmyślnie puszczają szczere ziarno na dziurawe pytle i wytarte kamienie. I pomimo woli zapytuję, czem się to dzieje, że nie przejrzeliśmy do tej pory, iż dla nas specyalnie korzystniej skupiać się, niż dzielić, iż w naszych warunkach zamiast tworzyć nowe organa prasy, lepiej już istniejące doprowadzić do należytego porządku, iż my nie posiadamy ani takich ludzi, którzyby potrafili poprowadzić nawę piśmiennictwa w odmiennym kierunku, a co jeszcze ważniejsza, nie posiadamy tak licznego, bogatego i wysoko odczuwającego potrzebę strawy naukowej zastępu czytelników, którzyby mogli utrzymać tak wiele pism. „Nowe pismo stworzy nowych czytelników“, głoszą niektórzy. Prawda ta odnośnie do nas poczęści tylko pewnikiem zwać się może, a to dla tej przyczyny, że wązkiem korytem płynące naukowe życie nasze nie może dać strawy należytej dla kilku wydawnictw, że każde z nich wkrótce po swych narodzinach chorować musi na niedokrewność, która wywoła jałowość i powtarzanie się, dwie wady groźne i zniechęcające.

Kierując się zasadą, że lepiej mieć jedno czyste i całe ubranie, niż kilka dziurawych i brudnych szat, wolałbym, abyśmy mieli jedno porządne, zdrowiem tryskające pismo lekarskie, niż kilka anemicznych wydawnictw, a jeżeli już kieszeń nasza pozwala na kilka garniturów ubrania, aby każde pismo miało swoje przeznaczenie; jedno, aby na wzór letniego saczka podawało najświeższe wiadomości z prac, ogłaszanych w innych językach, inne, na wzór poważnego tużurka, uwzględniało tylko poważniejsze prace oryginalne, inne wreszcie, aby na wzór niezdecydowanego odzienia jesiennego, podjęło się uprawiać, obok większych streszczeń i ocen poważniejszych, sprawy z bytem naszym związane. Aby przy takiej organizacyi uniknąć można było wszelkich koteryj, zawiścia i fałszem wypchanych, należałoby utworzyć dla wszystkich bez wyjątku pism lekarskich polskich jedno wspólne wydawnictwo.

Czem się to dzieje, że obecem nam jest przysłowie „zgodą wielkich rzeczy dopiąć można“, pozwolicie, pomówię w następnym liście. *Beta.*

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

Dział drugi.

Umiejętności lekarskie.

A. Sekcya patologii ogólnej i doświadczalnej.

Prezesi honorowi: Chauveau i Potain.
Prezes: Bouchard.
Zastępcy prezesa: Chantemesse i Lancereaux.
Sekretarze: Charrin (*Paryż, avenue di l'Opera*, 11) i Roger (*Paryż, rue Perrault*, 4).
Referaty proponowane:

A. Stan lub zmiany ustroju w zakażeniach, oraz w odporności wrodzonej i nabytej.
1. Zmiany soków ustroju w zakażeniach.
a. Zastósowanie lecznicze surowic.
b. Aglutynacya i jej stosunek do innych nabytych własności soków ustroju.
2. Źródła odporności w ustroju prawidłowym.
3. Pochodzenie leukocytozy.
4. O narządach, niszczących drobnoustroje i ich jady.
5. Działanie jadów (toksyn) na narząd nerwowy.
6. Wpływy troficzne (odżywcze) pochodzenia nerwowego w zakażeniach.
7. Patogeneza kurczów tężcowych.
B. O gorączce.
C. Dziedziczność i własności wrodzone.
1. Zmiany rozwojowe i przyczyny zboczeń wrodzonych.
2. Wpływ chorób matki na odżywienie, czynności i rozmaite zboczenia ustroju dziecka.
D. Rozmaite rodzaje moczówki.
3. Przemiana materyi w moczówce.
E. Odżywianie poza ustne.
F. Zastósowanie promieni Röntgena w semiologii lekarskiej.
G. Samozatrucia.

B. Sekcya bakteryologii i parazytologii.

Prezes: Duclaux,
Zastępcy prezesa: Arloing (*Lyon*) i Laveran.
Sekretarz: Blanchard (*Paryż, Boulv.: St. Germain, 226*).
Referaty: 1) Gruźlica. Referent Behring (*Berlin*).
2) Odporność. Referenci: Büchner (*Monachium*) i Metschnikoff (*Paryż*).
3) Jady i antytoksyny: Referenci: Roux (*Paryż*) i Ehrlich (*Berlin*).
4) Zimnica. Referenci: Laveran (*Paryż*) i Grassi (*Rzym*).
5) Pasorzyty raka. Referent; Borrel (*Paryż*).

C. Sekcya anatomii patologicznej.

Prezes: Cornil.
Zastępcy prezesa: Cöyne (*Bordeaux*) i J. Renaut (*Lyon*).
Sekretarz: Letulle (*Paryż, rue de Magdebourg, 4*).
Referaty: 1) Histogeneza nabłoniaków. Referenci: Hlava (*Praga*), Fabre-Domergue (*Paryż*) i Podwysocki (*Kijów*).
2) Rola komórek stałych w zapaleniach. Referenci: Baumgarten (*Tybinga*). René Marie (*Paryż*) i Nikiforow (*Moskwa*).
3) Doświadczalne wyrównywanie ubytków w tkankach. Referenci: Denys (*Loewen*) Ziegler (*Fryburg w B.*) i Carnot (*Paryż*).
4) Rola neurogliii w zapaleniach i nowotworach. Referenci: Weigert ((*Frankfurt*), Marinesco (*Bukareszt*) i Philippe (*Paryż*).
5) Ciałka białe w rozmaitych chorobach. Referenci: Ehrlich (*Berlin*) i Jolly (*Paryż*).
6) Odporność ciałek czerwonych w stanie prawidłowym i w stanie chorobowym. Referenci: Hamburger (*Utrecht*); Hédin (*Lund* w Szwecyi) i Vaquez (*Paryż*). (C. d. n.).

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu październiku 1899 r.

W miesiacu tym szczepiono ogółem 31 osób, w liczbie tej 7 pozostałych w szczepieniu z września i 5 pozostających nadal w szczepieniu na miesiac listopad 1899.

Wykaz liczbowy tych 31 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	2	—	2
w kończyny górne	3	9	6	18
w kończyny dolne i tułów . .	—	6	5	11
w ciało nagie	3	13	5	21
przez ubranie	—	4	6	10
liczby ogólne	3	17	11	31

Zwierzętami kąsającemi były w 30 przypadkach psy, w 1 zaś przypadku kobieta, dotknięta wodowstrętem.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Sroczyński przedstawił chorego, operowanego przez siebie z powodu wrzodu gruźliczego powiek; kol. Dr. Gertler mówił: »O nowej cieplarce do podręcznego użytku«.

* Akta sprawy, dotyczącej protestu grona lekarzy krakowskich przeciw prawomocności wyborów, odbytych w lipcu przez członków Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, przesłało c. k. Namiestnictwo zarządowi tejże Izby, jako instytucyi, której Rada honorowa jest powołaną do orzekania w sprawach tego rodzaju.

* Prócz prac oryginalnych, wyszczególnionych we właściwej rubryce, ostatni zeszyt *Nowin lekarskich* zawiera nader obfity przegląd piśmiennictwa lekarskiego z zakresu 1) fizyologii, 2) laryngologii, rynologii i otyatryi, 3) okulistyki, 4) chorób wewnętrznych, 5) farmakologii, 6) dermatologii, 7) bakteryologii, 8) syfilidologii i 9) balneologii. Nadto znajdujemy w tym miesięczniku streszczenie ruchu naukowego w Towarzystwach lekarskich krajowych i zagranicznych, oraz w bieżących czasopismach lekarskich. Dział korespondencyj (z Wilna i z Wiednia), jak zazwyczaj w *Nowinach*, pełen zajmującej treści i znakomicie informujący o miejscowych stosunkach lekarskich.

— JWPanu Prof. Drowi Wicherkiewiczowi składam uprzejme podziękowanie za kilkanaście poszytów czasopism i broszur, ofiarowanych Bibliotece Towarz. lek.

Doc. Dr. St. Ciechanowski, bibliotekarz.

* Leon Popielski, Dr. medycyny i kandydat nauk matematycznych, po odbytym wykładzie »O nerwach hamujących« i »O unerwieniu naczyń krwionośnych«, mianowany został docentem petersburgskiej Akademii wojskowo-lekarskiej do wykładów z zakresu fizyologii.

Dr. Popielski jest jednocześnie asystentem przy katedrze fizyologii w żeńskim Instytucie lekarskim, oraz profesorem fizyologii na kursach prywatnych Lesgafta.

* Krakowski kalendarz lekarski na rok 1900 opuścił prasę. Jak lat ostatnich, rozmiarami, kształtem, oprawą, papierem i treścią nowe wydanie kalendarza czyni zadość wszelkim wymaganiom poręczności w użyciu, dokładności w informowaniu. Do działów zupełnie nowych zaliczamy tak potrzebny dla ogółu lekarzy 1) skorowidz wszelkich procedur wodoleczniczych, ułożony przez Dra E. Kowalskiego; 2) wskazówki dyetetyczne w różnych chorobach ustroju, zebrane przez Dra Eljasza-Radzikowskiego; 3) nowe leki, ułożone i w krótkości ocenione przez Dra Lembergera i 4) aforyzmy położnicze, pełne pouczających i ostrzegających wskazówek. Wiele rubryk rozszerzono i uzupełniono, jak n. p. spis peryodycznego piśmiennictwa, obejmujący nietylko same czasopisma polskie, albo szematyzm lekarski, w którym uwidoczniono rok uzyskania dyplomu itd. itd. Staranne i bogate w treść wydanie nowego kalendarza zapewnia mu odbyt nie tylko w Galicyi i ostatecznie rozstrzyga sprawę wyrugowania kalendarzy niemieckich.

* Tymczasowe kierownictwo w wiedeńskiej Izbie lekar. poruczone zostało przez władzę komisarzowi rządowemu, Dr. T. Reschowi; dodano mu przytem, jako radę przyboczną, 10 członków, 5 z dawnych funkcyonaryuszów Izby, a 5 z tego stronnictwa, które przyczyniło się do rozwiązania Izby. Nowy ten tymczasowy zarząd ma załatwić kilka najważniejszych spraw, a głównie przeprowadzić wybory do Izby.

* Dnia 11 b. m. odbyło się zgromadzenie delegatów i przewodniczących Związków lekarzy wiedeńskich, w celu przyprowadzenia do skutku zamierzonej organizacyi wszystkich bez wyjątku lekarzy wiedeńskich. Po odbytych rozprawach uchwalono: 1) Zgromadzenie obecne uznaje siebie za »Komitet centralny«, przygotowujący organizacyę lekarzy wiedeńskich; 2) z grona tego »Komitetu« powołuje się komisyę z trzech członków w celu ułożenia statutu i doręczenia go do zatwierdzenia namiestnictwu: doręczenie ma nastąpić w ciągu dni ośmiu. Statutowej tej komisyi poruczono kierownictwo zamierzonej organizacyi. 3) Po potwierdzeniu statutu komitet przygotowawczy ukonstytuuje się, jako »Komisya centralna« dla organizacyi wiedeńskich lekarzy. 4) »Komitet wykonawczy«, złożony z 9 członków, ma się zająć obroną stanu lekarskiego, wobec szkód, jakie ponoszą lekarze wskutek rozciągnięcia praw członków Kas chorych na ich rodziny itd.

* Czasopismo dla umiejętności społecznych Dra Prinzinga podaje w X zeszycie zestawienie statystyczne śmiertelności w XIX-stóleciu. Od r. 1891 do 1895 średnia śmiertelność na 1000 wynosiła: w Austryi 27,8; w Niemczech 23,3; we Francyi 22,3; w Szwajcaryi 20,1; w Szwecyi i Norwegii 17,0; w Belgii 20,3; w Niderlandach 19,6; w Anglii 18,7; w Szkocyi 18,8; w Irlandyi 18.5; w Rosyi 33,9; we Włoszech 23,6; w Węgrzech 31,8.

W ostatnich 50 latach śmiertelność w Austryi obniżyła się z 33,8 na 27,8.

* Ministeryum wydało następujący wyrok zasadniczego znaczenia: Zarząd instytucyi ubezpieczenia robotników w razie wypadku użył lekarza prywatnego. Przy wypłaceniu honoraryum kierował się Zarząd własną taksą. Lekarz odmówił przyjęcia niestósownej zapłaty i wniósł skargę, a ministeryum orzekło, że lekarz prywatny sam oznacza należne mu honoraryum, a w razie niezadośćuczynienia ze strony Zarządu ubezpieczeń, ma upomnieć się o swą należność w drodze cywilno-sądowej.

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Dr. Schmaus i Dr. Kopp mianowani zostali proff. nadzwyczajnymi w Uniw. monachijskim.

Nekrologia. Zmarli: Ludwik Kadler urodzony w Warszawie 1838 roku; medycynę studyował w Warszawie, Wiedniu i Krakowie, gdzie ostatecznie otrzymał stopień Dra medycyny w roku 1865; po powrocie do kraju w latach 1866—1867 był lekarzem ordynującym w szpitalu dla cholerycznych pod Warszawą. W r. 1869 założył prywatny instytut leczniczy dla chorób wenerycznych i skórnych. Zostawił 12 prac głównie z zakresu swej specyalności. Zakończył życie 15 b. m., pozostawiając pamięć człowieka zacnego, lekarza światłego, pracowitego i sumiennego. Dr. Arnison, profesor chirurgii, zmarł w Durham.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Nowinach lekarskich* Nr. 11: Dra Hantkowskiego: Do artykułu Stan. Serkowskiego: O stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej »na wszelki wypadek«. Dra Szumana L.: Nirwanina, jako środek do znieczulenia płynem Schleicha (dokoń.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 46: Sterlinga W.: Białkomocz przy rzeżączce. Górnickiego M.: Przyczynek od odżywiania tyfusowych. Prof. Prusa: O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego. *W Kronice lekarskiej*, Zeszyt 21. Dr. Hewelke O.: Przypadek ropnia migdałka gardzielowego (*tonsilla Luschkae*). W *Medycynie* Nr. 46: Wesołowskiego W.: Przyczynek do anatomii patologicznej *Xerodermatis pigmentosi*. Dra. Ołtuszewskiego W.: Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Flaum: 1) Anatomia ciała kobiecego. 2) Anatomia i fizyologia organów płciowych kobiety. Fizyologia ciąży i porodu. Wykład poglądowy, objaśniony rysunkami. Nakład T. Paprockiego. Warszawa. 1899 rok.

— Dr. Higier: Ueber einen eigenartigen im porthypnotischen Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. (Odbitka z *Neurologischer Centralblatt* Nr. 18. 1899).

— Tenże: Zur therapeutischen Wirkung des Dionins. (Odbitka z *Deut. med. Woch.* Nr. 44, 1899).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Mając zamiar zwinąć mój

„DOM ZDROWIA“

zawiadamiam o tem Kolegów, którzyby mieli chęć kupienia lub wydzierżawienia mej realności na ten sam cel wraz z całym inwentarzem i ogrodem, lub bez tegoż.

Kraków, 8-go listopada 1899.

192 *Dr. Jan Gwiazdomorski.*

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Koropcu*. Płaca z ryczałtem 800 złr. Lekarz ma utrzymywać aptekę domową. Zgłoszenia do dnia 15-go stycznia 1900. 195

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście *Jaśliska*. Płaca roczna 600 złr. i ryczałt na podróże 400 złr. w. a. Podania do 15 grudnia b. r.

Wydział krajowy ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w *Lubaczowie* z płacą roczną 500 złr. a. w. — Podania do dnia 10 grudnia 1899.

Do P. T. Kolegów!

W uznaniu zasług. na polu niesienia pomocy cierpiącej ludzkości. już od 15 lat swą czynność rozwijającemu **związkowi poliklinicznemu budapeszteńskiemu** (»Budapester poliklinischer Verein«), pozwoliły rządy obu połów monarchii na urządzenie **wielkiej loteryi dobroczynnej**, a to celem przyjścia w pomoc powyższemu towarzystwu.

Loterya ta urządzona z możliwie największą szansą wygrania, odbędzie 6 ciągnień w czasie od 4 stycznia do 6 marca.

Główna wygrana 100.000 koron — pięć wygranych po 20 000 koron i wiele mniejszych wygranych.

Kupując los za **jedną** koronę można wygrać 200.000 koron, gdyż los wyciągnięty nie traci prawa dalszej gry.

Losy te zostały rozesłane pocztą.

Budapeszteński związek polikliniczny.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.